

La competenza è l'attributo individuale usato come parametro per discriminare chi è titolare del diritto di dare il consenso e chi non lo è, e che si ritiene debba quindi essere tutelato dalle possibili conseguenze nocive delle sue scelte.

Nella pratica clinica attuale l'applicazione del criterio presuntivo della maggiore età fa sì che ogni adulto, ove non diversamente certificato da professionisti della psichiatria, sia considerato capace di dare o negare il consenso informato fino a quando non si ravvedano ragioni per mettere in discussione la capacità che, a priori, si assume egli possieda. L'onere della prova grava, allora, su coloro che ritengono che il paziente non possieda la capacità di decidere per sé. Va menzionato il fatto che gli accertamenti in merito alla competenza del paziente avvengono quasi esclusivamente quando egli rifiuta la proposta terapeutica suggerita dal medico. In pratica la questione della competenza viene spesso sollevata quando la scelta del paziente differisce da quanto indicato dal team clinico. La capacità di coloro che accettano il consiglio medico viene raramente considerata. Ciò confligge con l'indicazione contenuta in alcuni standard per la valutazione della competenza, ossia che essa non debba dipendere dal risultato, dall'esito della decisione, e che sia mantenuto un alto livello di imparzialità.

**Elena Nave**

*Comitato etico interaziendale, Aou Città della salute e della scienza di Torino  
Ao Ordine Mauriziano -  
Asl Città di Torino  
Consulta di bioetica onlus*



## Disabilità

In ambito medico la parola “disabilità” indica la limitazione, rispetto a parametri considerati normali, che una persona ha nello svolgimento di un'attività a causa della menomazione di cui è portatrice. Si differenzia dalla menomazione (fisica, psichica o sensoriale) che di quella condizione di disabilità costituisce il presupposto o la causa efficiente, e dall'handicap, che per definizione di legge (L. 104/92) è la condizione di “colui che presenta una menomazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale e di emarginazione”.

La disabilità, secondo la classificazione dell'International classification of impairments, disabilities and handicaps (Icidh) del 1980, va interpretata come perdita di capacità operative subentrate nella persona a causa di menomazioni intese come danno organico o funzionale. L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) dichiara l'importanza di utilizzare l'International classification of diseases (Icd), la prima classificazione internazionale delle malattie (in Italia si fa riferimento alla versione 10 del 1992), e, in modo complementare, di fare riferimento all'Icidh, favorendo l'analisi e la comprensione delle condizioni di salute dell'individuo in una prospettiva più ampia, in quanto i dati eziologici vengono integrati dall'analisi dell'impatto che quella patologia può avere sull'individuo e sul contesto ambientale in cui è inserito. Il cambio di prospettiva dell'Icidh è grande perché sposta il focus dall'aspetto esclusivamente medico (biologico) della disabilità, volto a

individuare la causa della patologia, all'importanza e all'influenza che il contesto ambientale esercita sullo stato di salute delle popolazioni. Con l'Icidh non si parte più dal concetto di malattia inteso come mera menomazione, ma da quello di salute, inteso come benessere fisico, mentale, relazionale e sociale che riguarda l'individuo, la sua globalità e l'interazione con l'ambiente. Questo concetto viene ulteriormente allargato dalla Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (Icf), approvata dalla 54esima World health assembly il 22 maggio 2001, per la quale la “disabilità non è più appannaggio di alcune specifiche categorie di individui, ma diventa esperienza umana che può interessare ognuno di noi nell'arco della vita”. Per l'Icf la disabilità è la somma di più fattori e può modificarsi nel tempo, a seconda di come questi variano; non riguarda la persona nel suo insieme, bensì alcuni aspetti ed è strettamente correlata alla partecipazione sociale e al benessere biologico e psicologico.

Il disabile, non raramente, invece di ricevere una maggiore tutela dei suoi diritti per sopperire alla sua condizione di svantaggio e di debolezza, ne riceve una minore.

L'evoluzione e l'allargamento di prospettiva sulla disabilità sono avvenuti a partire dagli anni Ottanta del secolo scorso, quando il dibattito bioetico ha cominciato a essere più pervasivo e a portare alla ribalta la centralità della tutela dei diritti fondamentali dell'uomo. Sono gli anni in cui il concetto di salute, formulato dall'Oms nel 1948 come “stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia”, riceve nuovo impulso anche grazie alla bioetica che, ponendo al centro il diritto all'autodeterminazione del paziente, evidenzia la contraddizione con lo specialismo esasperato della medicina del

Ventesimo secolo, che identifica l'assistito con la sua malattia o, addirittura, con una sola parte del suo corpo, con un organo, con una fisiopatologia, negando così l'individuo come persona e come soggetto morale.

**Mariella Immacolato**

*Uoc Medicina legale  
Azienda Usl Toscana Nord Ovest*



## Infodemia

Dall'inglese *infodemic*, *info[rmation]* (informazione) e *[epi]demic* (epidemia).

L'infodemia è la circolazione eccessiva di informazioni contraddittorie, spesso non vagliate con precisione, non verificate, che rendono complicato al fruitore orientarsi su un determinato tema per la difficoltà di individuare le fonti non soltanto affidabili, ma anche certe. Questa rapida diffusione di notizie non accurate o incomplete o false è in grado di amplificare gli effetti di un problema.

Questo si manifesta soprattutto quando si verificano eventi particolari che interessano molte persone, proprio quando la comunicazione raggiunge un ruolo cruciale nel dibattito pubblico. La complessità degli argomenti e i tempi della ricerca sono spesso incompatibili con l'informazione frenetica dei nostri giorni. Uno degli esempi più significativi può essere quello di una pandemia: un'epidemia causata da un virus che si diffonde in tutto il mondo. Una

pandemia è sempre seguita da un rapido afflusso di ricerche e da una libera condivisione di informazioni, allo scopo di accelerare le scoperte e le nozioni sul virus. La pratica di pubblicare relazioni che non sono state sottoposte a revisione scientifica può avere i suoi vantaggi per la rapidità dell'informazione.

C'è anche il rovescio della medaglia: la disinformazione è un altro aspetto caratteristico della pandemia, e gli studi pubblicati online prima del confronto con altri esperti hanno il loro ruolo nell'alimentare la diffusione mediatica di dichiarazioni non comprovate, incluse quelle sulla mutazione del virus in forme più letali, sulla sua origine o sul fatto che sia meno mortale di quello che effettivamente è. Può diventare molto difficile districarsi tra le notizie vere e quelle che non lo sono, inoltre alcuni articoli revisionati e confermati possono riportare errori, nella fretta della pubblicazione. Questo mix di errori, magari fatti anche in buona fede, e di disinformazione è indicativo di una diffusa tendenza che caratterizza le pubblicazioni durante una crisi in rapida evoluzione.

Nonostante le obiezioni degli esperti, i casi di disinformazione prendono piede sui social media perché fanno leva sull'emotività umana. E le emozioni alimentano la diffusione virale delle notizie infondate. Ricerche molto accreditate rilevano che le cattive notizie si diffondono di più e più rapidamente, con maggiore profondità e in modo più ampio



rispetto alla verità, in ogni categoria di informazione, a volte in misura esponenziale. C'è molto di più in discussione della semplice novità: il modo in cui le persone reagiscono alle storie di carattere emotivo sui social media è intenso e prevedibile; le risposte sono piene di sarcasmo e le false notizie hanno il 70 per cento di probabilità in più di essere ritwitte rispetto alla verità. Entra dunque in gioco una complessa combinazione di fattori psicologici quando un lettore decide di condividere una notizia, e anche persone intelligenti possono finire per contribuire al ciclo della disinformazione.

La mente umana è incline al cosiddetto "bias di conferma", ovvero un modo di interpretare le nuove informazioni in modo da confermare le proprie convinzioni. Si attiva anche il ragionamento motivato: il cervello cerca di mettere insieme il puzzle delle nuove informazioni, facendo collegamenti anche forzati. Ma il fattore più potente che distorce il pensiero critico è quello chiamato "effetto della verità illusoria", che si può spiegare in questo modo: quando si sente qualcosa due volte, è più probabile pensare che sia vero, rispetto al sentirlo una volta sola. Quindi la ripetizione evidenzia e favorisce le false notizie e le camere di risonanza le trasformano poi in turbini di fraudolente credenze che si autoalimentano.

**Maria Teresa Busca**

*Gruppo di ricerca bioetica, Università degli studi di Torino  
Scuola superiore di bioetica della  
Consulta di bioetica onlus*

I lemmi sono tratti dal libro *Le parole della bioetica*, a cura di Maria Teresa Busca e Elena Nave (Roma: Il Pensiero Scientifico Editore). Per gentile concessione dell'editore.