



**SENATO DELLA REPUBBLICA**

**12 COMMISSIONE IGIENE E SANITA'**

**17 MAGGIO 2017, ORE 13.45**

**Audizione della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri nell'ambito dell'esame del *disegno di legge AS 2801 e connessi (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento)***

Ringrazio il Presidente e i Senatori componenti della Commissione, per l'invito all'audizione odierna, che mi consente nella qualità di Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, di sottoporre alle valutazioni politiche di questa Commissione, ulteriori spunti di riflessione – come contributo nel rispetto della corretta e costruttiva dialettica tra Organi politici e rappresentanti della professione medica.

In via preliminare, colgo l'occasione per comunicare l'apprezzamento della FNOMCeO in ordine al disegno di legge in esame, nel senso che lo stesso va considerato come una grande opportunità per il sistema Paese, in quanto garantisce, in una tematica di indubbia rilevanza e delicatezza, una disciplina omogenea e a regime su tutto il territorio nazionale.

Non vi è dubbio che gli argomenti oggetto della proposta normativa in esame, incidono su aspetti e profili, riferiti a tutti i soggetti interessati, che interessano

la sfera etica, la sfera professionale - più strettamente sanitaria - e la sfera sociale, ecco perché è giusto puntare sul valore e sulle potenzialità del ddl (disegno di legge) visto che il medesimo, tra le altre finalità, valorizza, soprattutto, la relazione fra il medico e il paziente.

Tenuto conto del mio ruolo sia professionale che istituzionale, preciso che la figura del medico viene coinvolta, in prima battuta, come professionista a tutela del diritto alla salute, costituzionalmente protetto; ma lo stesso medico va considerato come individuo, con un proprio percorso culturale, formativo e di competenze, che si confronta con la categoria più fragile, quale è la persona che versa nello stato di estrema sofferenza fisica e morale, in ambiti e contesti diversificati a seconda del contesto sociale, economico e culturale in cui lavora.

In questo contesto di estrema delicatezza, sembra che il legislatore, con estrema abilità e sensibilità, abbia messo in campo una sorta di “diritto mite” cioè una situazione giuridica che pondera e mette in equilibrio la dignità e la sfera intima/umana del paziente e il profilo della dignità professionale e deontologica del medico, puntando, soprattutto nella relazione di cura tra medico e paziente.

Tornando nel merito del ddl, ribadisco il pieno apprezzamento, visto che non posso, tra l'altro, non apprezzare il corretto riferimento alla deontologia professionale. Va messo in evidenza, infatti, che il codice di deontologia medica contiene già disposizioni immediatamente e direttamente precettive per l'attività sanitaria in genere, che sono destinate necessariamente ad integrare le regole generali fissate dall'ordinamento giuridico e ad assumere, perciò, valenza esterna. Infatti, il codice deontologico medico affronta le nuove tematiche mediche e biomediche con un esplicito riferimento ai diritti

fondamentali della persona, rinvenibile nell'art. 20 del codice stesso. L'art. 20 prevede, infatti, che la relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta e sull'individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità. Il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e, su un'informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura. In particolare il richiamo ai diritti fondamentali della persona è anche una diretta conseguenza della diversa accezione, che è andata progressivamente emergendo nel nostro Paese, della nozione di salute e di conseguenza del rapporto di cura.

Di seguito, sottopongo – dal mio punto di vista tecnico - alle valutazioni politiche di questa Commissione ulteriori spunti di riflessione, penso al riferimento “al consenso informato” - parte integrante di questa iniziativa normativa - e pongo un quesito: quando si fa riferimento al consenso informato, lo stesso si intende nell'accezione riferita alla casistica oggetto del ddl e quindi alle DAT? ovvero alla generale disciplina del consenso informato per ogni intervento di tipo sanitario?

Siamo, peraltro, consapevoli, che nel vigente ordinamento nazionale, non esiste una disciplina generale sul consenso informato ma, tale principio è enunciato in numerose leggi speciali, mi riferisco per es. alla legge 833/78 che recita “gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono di norma volontari”, alle norme del decreto-legge sul caso c.d. Di Bella, alle norme sulla procreazione medicalmente assistita, alle norme in materia di attività trasfusionali, alle norme sulla sperimentazione clinica dei medicinali.

L'occasione è giusta per trasferire alle valutazioni politiche di questa Commissione anche alcuni approfondimenti effettuati dalla **Consulta**

**deontologica nazionale**, operante presso la FNOMCeO, che condivido. Anche la Consulta ha apprezzato lo sforzo normativo compiuto dal legislatore, nel voler assicurare dignità e libertà al paziente, nelle scelte relative alla salute fisica e psichica dello stesso; e puntare al sollievo dalla sofferenza, privilegiando la relazione di cura tra medico e paziente.

Secondo la Consulta, infatti il disegno di legge concerne il consenso informato e l'accesso alle DAT, ed entrambi sono aspetti rispondenti al principio dell'autodeterminazione del paziente capace, al quale viene riconosciuto il diritto di scegliere o sospendere o rifiutare gli accertamenti diagnostici o i trattamenti sanitari indicati dal medico per la sua patologia.

Dalla discussione è emersa la convinzione che l'impianto normativo abbia tenuto conto dei principi etico-deontologici del nostro Codice di Deontologia Medica. Tra questi, *"in primis"*, la necessità di tutelare i soggetti fragili, ovvero quella tipologia di pazienti incapaci di esprimere una volontà attuale sui trattamenti diagnostico-terapeutici, laddove interviene la condizione di totale e irreversibile perdita di coscienza di sé e di assoluta incapacità di relazione con l'ambiente. Le DAT sono l'espressione particolare ed eccezionale del consenso del paziente che da persona capace, informata e consapevole dichiara in anticipo i suoi orientamenti.

Come possibili suggerimenti, ove questa Commissione ritenga di apportare modifiche migliorative al testo in esame, dalla Consulta è emerso che:

- nell'art. 4 (*Disposizioni anticipate di trattamento*) risulti generica l'acquisizione delle informazioni mediche sulle conseguenze delle scelte del paziente, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi.

Inoltre, la Consulta si è raccomandata che, una volta approvata, la legge assicuri che le informazioni mediche siano comprensibili, esaustive,

adeguate alla capacità di comprensione della persona assistita, nonché tracciabili. In questo senso si potrebbe introdurre un apposito richiamo all'art. 1, comma 3.

- sarebbe opportuno esplicitare la durata temporale dell'efficacia delle DAT, di seguito la *ratio*: visto che le DAT, rappresentano scelte libere e consapevoli, in quanto tali devono essere attualizzate, ovvero dovrà essere prevista la scadenza temporale di validità, al termine della quale possono essere rinnovate, modificate o rifiutate, a garanzia del paziente e del medico.
- la necessità di una riscrittura più chiara, che meglio definisca la condizione del medico, nel caso in cui il paziente esiga trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali (art. 1- *Consenso informato* -, c. 6, p. 2) non essendo chiara la frase: “[...] *a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali*” *fermo restando che la relazione di cura non può essere pregiudicata.*  
*In questo senso la Consulta suggerisce l'opportunità di inserire nel testo la previsione per il medico, del diritto all'obiezione in scienza e coscienza rispetto alle richieste di cui sopra.*
- Ritornando sul consenso informato e, posta la necessità di approfondire quanto prima ho sollevato con riguardo all'ambito di applicazione che se ne vuole dare, e cioè se il consenso qui regolamentato vale esclusivamente per le DAT? ovvero per tutte gli interventi di natura sanitaria? Sollevo il caso che, ove si intenda valido per tutti gli interventi di natura sanitaria la forma scritta può pregiudicare/rallentare il lavoro quotidiano del medico.
- Da ultimo, due ulteriori spunti di riflessione:

- 1) E' corretto mantenere nella rubrica della legge il termine disposizioni in luogo del termine dichiarazioni?
- 2) All'art. 2, comma 2, pur apprezzando la finalità della disposizione in materia di terapia del dolore, osservo che tali tipologie di medicinali possono essere ad esclusivo uso ospedaliero.