

## L'ANGOLO DELL'ANMDO

## Novità in tema di consenso informato: quali compiti per le Direzioni ospedaliere?

### Premessa

Il consenso informato esprime la volontaria accettazione da parte di un paziente a sottoporsi ad un atto medico e rappresenta l'indispensabile garanzia di legittimità per qualsiasi intervento diagnostico o terapeutico. La Convenzione di Oviedo "sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina", ratificata in Italia nel 2001, afferma infatti che "un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero ed informato"<sup>1</sup>. Libertà ed informazione appaiono pertanto i presupposti principali di una procedura di fondamentale importanza, che trova nel nostro Paese i più importanti riferimenti normativi nell'art. 13 ("la libertà personale è inviolabile") e nell'art. 32 della Costituzione ("nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge")<sup>2</sup>.

### La legge n. 219/2017

Ridotto troppo di frequente ad una mera pratica burocratica, spesso di carattere difensivo, il consenso rappresenta invece,

secondo la legge n. 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", la base della relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico, nella quale si incontrano "l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico"<sup>3</sup>. La suddetta legge, entrata in vigore il 31 gennaio 2018, ha il merito di togliere il consenso informato dalla condizione di incertezza nella quale appariva confinato e di introdurlo nella legislazione italiana, definendone le modalità di espressione e di revoca.

Il provvedimento merita pertanto di essere conosciuto ed opportunamente applicato in tutti i contesti di cura, in primis negli ospedali, non solo in riferimento al consenso informato, oggetto di questo intervento, ma anche alla sua seconda parte, relativa alle disposizioni anticipate di trattamento (d.a.t).

La prima, importante novità della legge riguarda le modalità di espressione del consenso che potrà essere fornito, oltre alla forma scritta, qualora le condizioni fisiche del paziente non lo permettano, anche "attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare"<sup>3</sup>.

Altra novità, sostanziale, che ha suscitato peraltro accesi dibattiti di carattere bioetico, risiede nella possibilità da parte di chiunque abbia raggiunto la maggiore età e sia capace di intendere e di volere, di rifiutare qualsiasi atto diagnostico o terapeutico proposto (comprese alimentazione e idratazione artificiali), fino alla revoca stessa del consenso in qualsiasi momento<sup>4</sup>.



## ETHICAL LIFE SUPPORT

### Strumenti etici per decidere in medicina

A cura di Giuseppe Naretto, Marco Vergano, Fabrizio Elia, Enrico Gandolfo, Giuseppe Gristina, Chiara Nebris Calliera

Nella pratica clinica è frequente imbattersi in situazioni che presentano una valenza etica, e non sempre si è preparati ad affrontarle o si è pienamente consapevoli dei valori in base ai quali si agisce. Questo libro si propone di fornire gli strumenti adeguati per far fronte a tali situazioni con un elevato livello di consapevolezza. Si rivolge quindi a medici, infermieri, operatori sanitari, pazienti, caregiver e a chiunque sia interessato alla riflessione bioetica.

"La capacità [del libro] di condurre il lettore attraverso un percorso di avvicinamento ai temi etici della medicina senza mai forzare la mano, ma offrendo invece strumenti di riflessione autentici, è persino sorprendente.

La semplicità di linguaggio, che non cede mai alla superficialità, corredata da esemplificazioni concrete rende la lettura quasi avvincente... una tappa obbligata per chiunque operi in un ambito di cura, includendo (perché no?) anche i pazienti!"

DALLA PREFAZIONE DI GUIDO BERTOLINI

[www.pensiero.it](http://www.pensiero.it)  
numero verde 800-259620



Il medico, da parte sua, ha il dovere di prospettare all'assistito le eventuali conseguenze della sua decisione con le possibili alternative e, nel rispettarne la volontà, rimane esente da ogni responsabilità civile e penale. Resta fermo il fatto che il paziente non possa esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali<sup>5</sup>. Nel contempo la suddetta legge, nel condannare l'abbandono dell'assistito in qualunque sua forma, promuove il ricorso alle cure palliative e alla terapia del dolore, già definito dalla legge 38/2010<sup>6</sup>.

Il provvedimento definisce inoltre le modalità di espressione del consenso da parte dei minori e dei pazienti interdetti o inabilitati, ai quali viene riconosciuto il diritto alla 'valorizzazione' delle proprie capacità di comprensione e decisione<sup>7</sup>.

### Consenso e relazione

Di particolare interesse l'accento posto dalla legge sulla relazione tra paziente e medico.

Nel presentare il consenso quale base della suddetta relazione, il provvedimento arriva infatti ad affermare, in uno dei suoi passaggi più significativi, che "il tempo della comunicazione è tempo di cura"<sup>8</sup>.

Se il concetto di relazione presuppone infatti quello di comunicazione, appare chiaro come le due parti debbano poter costruire un rapporto, attraverso tempi e modi adeguati.

La capacità di comunicare, per molti innata, richiede pertanto di essere promossa e potenziata, anche attraverso validi strumenti formativi: "la formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative"<sup>9</sup>.

Evitando perciò interpretazioni riduttive del passaggio, controverso e molto dibattuto, secondo il quale "la relazione tra medico e paziente si basa sul consenso informato"<sup>10</sup>, è possibile invece considerare il consenso non tanto come un semplice momento nell'incontro tra paziente e medico (quello della firma), ma il frutto e, nel contempo, la prova di una relazione orientata alla cura e al recupero della salute.

### Il ruolo delle Direzioni ospedaliere

Come calare queste brevi considerazioni nella spesso frenetica quotidianità dei nostri ospedali?

Appare prima di tutto necessario lavorare sulla comunicazione, sia in termini di qualità che di quantità, supportando i medici nel loro lavoro quotidiano attraverso uno sforzo di sistema, che è in capo alla Direzione ospedaliera e a quelle dei reparti. L'art.1, al comma 9, affida infatti alle strutture sanitarie la responsabilità dell'applicazione del provvedimento: "ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente leg-

ge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale"<sup>11</sup>.

Sempre in un'ottica di sistema non deve poi sfuggire come, nonostante non siano presenti richiami diretti alla legge 24/2017, la corretta acquisizione del consenso attraverso il miglioramento della comunicazione potrà portare benefici importanti nel campo della sicurezza delle cure con conseguente riduzione del rischio clinico. Sarà dunque compito delle Direzioni degli ospedali, anche alla luce di questi aspetti, predisporre diffuse attività formative ed informative, curare l'aggiornamento delle procedure operative e della modulistica esistente, verificare la corretta compilazione e la completezza delle cartelle cliniche e dei consensi in esse contenuti. La tematica è indubbiamente molto ampia e coinvolge campi che vanno oltre la legge qui citata, quale ad esempio quello riguardante la cosiddetta dematerializzazione del consenso informato, già iniziata, in via sperimentale, in alcune strutture nazionali relativamente alla diagnostica per immagini<sup>12</sup>.

### A cura della Segreteria Scientifica ANMDO

Ida Mura e Benedetto Arru, Alberto Appicciafuoco, Michele Chittaro, Karl Kob, Gianfranco Finzi, Ottavio Nicastro, Gabriele Pelissero, Franco Ripa, Roberta Siliquini

### BIBLIOGRAFIA

1. Convenzione sui diritti umani e la biomedicina. Oviedo, 4 aprile 1997.
2. Costituzione della Repubblica Italiana.
3. Legge 219/2017, art. 1, comma 4.
4. Legge 219/2017, art. 1, comma 5.
5. Legge 219/2017, art. 1, comma 6.
6. Legge 219/2017, art. 2.
7. Legge 219/2017, art. 3.
8. Legge 219/2017, art. 1 comma 8.
9. Legge 219/2017, art. 1, comma 10.
10. Legge 219/2017, art.1, comma 2.
11. Legge 219/2017, art.1, comma 9.
12. Circolare AgID (Agenzia dell'Italia digitale) n. 1/2018, Linee guida per la dematerializzazione del consenso informato in diagnostica per immagini.