



COMUNICATO STAMPA (con preghiera di pubblicazione e diffusione)

Tutte le novità sul consenso informato

L'intervento del professor Rodriguez all'assemblea annuale di Opi Firenze-Pistoia

Una giornata di approfondimento all'Hotel Albani di Firenze

Firenze, 28 marzo 2018 – Un'occasione di approfondimento sulla legge 219/2017. È stata offerta dall'intervento di **Daniele Rodriguez**, già professore ordinario, responsabile del laboratorio di bioetica clinica nell'Università di Padova, in occasione dell'Assemblea annuale di Opi Firenze-Pistoia.

«Si tratta di una legge che ha molti lati positivi ma che lascia aperte alcune questioni sul ruolo delle professioni sanitarie non mediche – ha spiegato il professor Rodriguez - poiché **questa legge è tarata sulla figura del medico**. E questo la pone **fuori dal contesto culturale attuale**, che valorizza le professioni sanitarie, come da ultimo dimostrato anche dalla legge Gelli che fa invece costante riferimento al professionista sanitario».

Rodriguez ha spiegato che il consenso informato ha una storia che in Italia nasce negli anni '80 e corrisponde ad un concetto che ci è arrivato dai Paesi anglosassoni: «da quel momento – ha spiegato - si è radicata l'idea che il consenso informato corrisponda a un modulo prestampato, quando in realtà questo è solo un aspetto formale della questione che riguarda solo gli interventi più importanti. In realtà **ogni attività sul paziente deve essere fatta con il permesso** di quest'ultimo e questo non riguarda solo il medico ma qualunque professionista sanitario. **La richiesta di consenso non è prerogativa esclusiva del medico**. Ogni professionista sanitario interviene sul paziente – per quanto di sua competenza – solo se il paziente esprime il suo consenso. Nella attività di equipe i professionisti sanitari devono coordinarsi fra loro per definire l'ambito di informazione e di raccolta del consenso che compete a ciascuno».

Un'altra questione affrontata è stata l'oggetto del consenso. «Da strumento di tutela del paziente – ha detto Rodriguez – **il consenso è diventato un strumento di tutela per il medico**; si è trasformato nell'espressione di volontà rispetto al singolo atto, non un elemento che fa parte dell'insieme del trattamento della patologia, trasformandosi in uno strumento di medicina difensiva».

Rodriguez è poi entrato nel vivo delle Legge 219/2017 sulle Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento, soffermandosi in particolare sull'Articolo 1 (Consenso informato), sull'Articolo 4 (Disposizioni anticipate di trattamento DAT) e sull'Articolo 5 (Pianificazione condivisa delle cure). Un accenno anche all'**Articolo 3 (Minori e incapaci)** che introduce il consenso informato del minore «la legge dichiara che l'opinione del minore deve essere tenuta sempre in considerazione. La potestà dei genitori decade ogni volta che questi chiedono un'attività che, secondo il parere del professionista sanitario, va contro l'interesse del minore».

Articolo 1 Consenso informato. Come anticipato nell'introduzione, Rodriguez ha spiegato che si tratta di una legge che cita quasi esclusivamente il medico. «Si tratta di una legge in cui gli infermieri devono scavare e trovare uno spazio, per andare oltre il dettato normativo testuale che pensa solo al medico. Il testo riprende infatti ampiamente stralci del codice di deontologia medica, non è quindi espressione di molteplicità culturale nell'ambito sanitario».

UFFICIO STAMPA



Lisa Ciardi e-mail: lisa@etaoin.it | mobile: 339.7241246

etaoin media & comunicazione

via Roma, 259 | 50058 Signa (Fi) | fax - phone: 055.8734070



COMUNICATO STAMPA (con preghiera di pubblicazione e diffusione)

La legge “*tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all’autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge*”. «I diritti fondamentali dell’uomo – ha commentato Rodriguez – in realtà sono già tutelati dal codice deontologico degli infermieri e sia questo che la nuova legge si focalizzano sui valori di vita, salute, libertà-autodeterminazione, dignità. **Il codice deontologico degli infermieri sembra avere una marcia in più rispetto a questa legge, almeno formalmente**, perché fra questi valori, riconosce espressamente la “*salute come bene fondamentale della persona*”. Il concetto è implicitamente ripreso nella legge, che di fatto tutela la salute (quale condizione di benessere individuata dal singolo) come bene fondamentale di riferimento».

Il confronto con il codice degli infermieri è proseguito nella disamina del comma 2, in cui si parla di relazione di cura e fiducia tra paziente e medico: «il codice deontologico degli infermieri non parla mai di consenso- ha detto Rodriguez -, ma di assistito che fa delle scelte, vaglia delle opzioni, non si limita ad aderire (o a rifiutare di aderire) soltanto a quello che gli viene proposto. Sull’informazione, **il codice infermieristico è, fra i codici, l’unico che ne enfatizza la componente relazionale e che oltre a informare sulle scelte contempla il riconoscimento di un’informazione integrata multiprofessionale**». «Un passaggio fondamentale è racchiuso nel **comma 5** – ha spiegato Rodriguez – che sancisce il **diritto di rifiutare e, per la prima volta, di revocare accertamenti diagnostici o trattamenti sanitari**, inclusi la nutrizione e l’idratazione artificiale: si afferma che tutto è trattamento sanitario. Per il comma 6 – ha proseguito – il medico (e tutti i professionisti) sono tenuti a rispettare la volontà del paziente di rifiutare o rinunciare al trattamento sanitario. Specifica inoltre che è ribadito il divieto di accogliere richieste di attività non consentite dalla legge (eutanasia)».

Articolo 4 Disposizioni anticipate di trattamento DAT «Per la prima volta una legge mette nero su bianco la facoltà di una persona maggiorenne, non portatrice di alcuna malattia, nel pieno delle capacità di intendere e volere, ad esprimere la propria volontà in materia di trattamenti sanitari, consenso o rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici e scelte terapeutiche, dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche. Indica inoltre la possibilità di nominare un fiduciario che lo rappresenti e ne faccia le veci con medico e strutture sanitarie».

Articolo 5 Pianificazione condivisa delle cure «Si tratta di una prassi che esisteva già, ed era riconosciuta nell’ultimo codice di deontologia medica (citata come pianificazione anticipata). Rispetto alle DAT, non si parla più di persona ma di paziente (cioè: persona con malattia): in questo caso, rispetto all’evolversi di una patologia invalidante o con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra paziente e medico. Una condivisione a due quindi, da cui scaturisce una decisione a cui l’intera équipe sanitaria deve attenersi. E questo – ha concluso Rodriguez - è squalificante per gli infermieri e gli altri professionisti sanitari, chiamati ad adeguarsi senza essere stati resi prima partecipi: bisogna omogeneizzare l’approccio di tutta l’équipe, tutti i professionisti devono poter partecipare alla definizione del documento».

UFFICIO STAMPA



Lisa Ciardi e-mail: lisa@etaoin.it | mobile: 339.7241246

etaoin media & comunicazione

via Roma, 259 | 50058 Signa (Fi) | fax - phone: 055.8734070