

Onorevoli Senatori,

sono qui in qualità di Presidente Nazionale della Società Scientifica FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti), accompagnato dal dott. Santini, Presidente della FADOI Lazio. La nostra società scientifica ha esaminato con grande attenzione il disegno di legge n. 2801 recentemente licenziato alla Camera e in esame presso la Commissione XII del Senato della Repubblica.

I Medici Internisti, che svolgono la loro attività nei reparti di Medicina Interna, ubiquitariamente presenti in tutti gli Ospedali italiani, erano da molto tempo in attesa di una legge che definisse le modalità operative da tenere nell'attuazione degli interventi diagnostici e terapeutici sui pazienti ricoverati nei propri reparti. Sono passati infatti esattamente venti anni da quando, nel 1997, il Consiglio d'Europa, con la Convenzione di Oviedo, aveva sancito tre fondamentali principi a protezione dei Diritti dell'Uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti delle applicazioni della biologia e della medicina: 1) nessun intervento nel campo della salute può essere effettuato senza il consenso libero ed informato della persona interessata, consenso che può essere ritirato liberamente in qualsiasi momento; 2) allorché la persona interessata non sia in grado di esprimere il consenso ad un intervento, questo non può essere effettuato senza l'autorizzazione del suo rappresentante designato dalla legge; 3) eventuali desideri precedentemente espressi da un paziente, che al momento non sia in grado di esprimere la sua volontà, devono essere tenuti in considerazione.

Questi principi, che la nostra Società Scientifica riconosce pienamente, sono ancora in attesa di una norma attuativa.

A nostro giudizio, il disegno di legge in esame recepisce tutte le indicazioni fondamentali della Convenzione di Oviedo e, opportunamente, considera anche molti altri aspetti importanti del rapporto tra medico e paziente, quali:

-il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute, ma anche il diritto di rifiutare di ricevere in tutto o in parte tali informazioni, ovvero il diritto di indicare un fiduciario incaricato di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece (art. 1 comma 3)

-il diritto di rifiutare in tutto o in parte qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario o singoli atti e il diritto a revocare il consenso, anche quando ciò determini la sospensione del trattamento (art. 1 comma 5)

-il dovere del medico di rispettare la volontà espressa dal paziente, con conseguente esenzione da sue responsabilità penali o civili (art. 1 comma 6)

-nelle situazioni di emergenza o urgenza, il dovere del medico di assicurare le cure necessarie, nel rispetto delle volontà del paziente ove sia possibile recepirle (art. 1 comma 7)

-il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura (art. 1 comma 8)

-il dovere del medico di alleviare le sofferenze anche in caso di rifiuto o revoca del consenso (art. 2 comma 1)

-il dovere del medico di astenersi da ogni ostinazione irragionevole e la possibilità di ricorrere, con il consenso del paziente, alla sedazione palliativa profonda continua (art. 2 comma 2)

Sentiamo però la necessità di richiamare, a questo punto, l'attenzione dei legislatori su una condizione specifica, ma assai frequente nei reparti di medicina: quella di pazienti che, seppur non in condizioni di emergenza o urgenza, siano affetti da patologie acute che necessitino dell'effettuazione di un percorso diagnostico-terapeutico, ma non siano in grado di esprimere un consenso, non abbiano un rappresentante legale e non abbiano precedentemente espresso alcuna volontà. In un'indagine effettuata presso i reparti di Medicina Interna nella regione Lazio, essi costituiscono il 35% di tutti i pazienti, mentre solo il 2% dispone di un rappresentante legale. Con la legge attuale, per tutti questi pazienti il medico dovrebbe coinvolgere il magistrato per ottenere l'assegnazione del rappresentante legale, ma ciò non è evidentemente possibile.

In altri disegni di legge esaminati alla Camera, era stato proposto che, in situazioni del genere, il consenso alle cure fosse fornito dai parenti o conviventi (art. 9 comma 2 e 3 del disegno di legge n. 13 Manconi e Cosini; art. 5 bis del disegno di legge n.87 Marino, Bencini ecc., art. 3 comma 2 del disegno di legge n. 443 Rizzotti).

Riteniamo, pertanto, decisamente opportuno che anche nella legge in discussione venga preso in considerazione il problema dei pazienti in stato di incapacità di autodeterminazione e che non abbiano un rappresentante legale. Per loro, onde evitare un quotidiano ricorso al magistrato e l'interruzione del percorso clinico di diagnosi e cura, il consenso alle cure potrebbe essere espresso dai parenti o conviventi presenti, nell'ordine gerarchico previsto dal codice civile, fino al quarto grado di parentela (art. 408), come del resto avviene per prassi consolidata. Si verrebbe a creare, per il paziente incapace di autodeterminarsi, una situazione analoga a quella del minore per il quale è riconosciuta l'autorità genitoriale. Ovviamente il ricorso al giudice tutelare resterebbe un' opportuna procedura in tutti i casi di conflittualità familiare o di assenza di soggetti titolati a decidere.

In conclusione, a nostro giudizio la legge in esame rappresenta nel complesso un provvedimento necessario ed opportuno per normare principi fondamentali riconosciuti da molto tempo. Necessita però assolutamente di un'integrazione al comma 7 dell'articolo 1, per non renderla praticamente inapplicabile per un terzo dei pazienti ricoverati nei reparti di Medicina.

Presidente Nazionale FADOI

Roma, 12 giugno 2017

Andrea Fontanella