

Memoria dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) in merito all'audizione presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato, del giorno 16/05/2017, in merito al Disegno di Legge N. 2801 in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento

L'AIOM esprime un giudizio globalmente positivo sul Disegno di Legge in oggetto che si ispira ai principi di condivisione, accompagnamento e informazione del paziente. Il Disegno di Legge N. 2801 ben compendia anche i principi di diritto alla scelta e all'autodeterminazione.

In questa delicata e trasversale tematica è più che mai indispensabile, in tutti i passaggi legislativi, il raggiungimento di una sintesi tra i diversi pensieri e culture, laici e confessionali, presenti nel nostro Paese, in ottemperanza all'uguaglianza nei diritti. Risulta pertanto importante questa proposta di legge che per la prima volta interviene su eticità in relazione anche a tecnologie e nuove potenzialità delle cure.

Riportiamo qui di seguito le nostre osservazioni riferite ai singoli articoli e relativi paragrafi.

Articolo 1

4) Viene ben ribadita l'importanza ed il significato del consenso informato.

In quest'ambito andrebbero definiti alcuni punti:

- semplificare le procedure per permetterne un facile impiego e standardizzazione a livello nazionale,
- definire chi nel processo assistenziale attui la procedura di consenso, e cioè il richiedente una prestazione o in alternativa l'esecutore di una prestazione.
- In merito all'attuazione o non attuazione di un trattamento medico per cui è richiesta una relativa prescrizione, inclusi la nutrizione e l'idratazione artificiale, vanno ben definiti gli ambiti il cui medico può non rispettare le indicazioni del paziente.

6) Viene ben ribadito che il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale e alle buone pratiche clinico-assistenziali.

In quest'ambito vanno indicate le misure da adottare quando questo non avvenga e quali debbano essere gli organismi di controllo a cui far riferimento per l'attuazione degli stessi.

7) Va definito nelle situazioni di emergenza o di urgenza e di pericolo di vita qualora non vi sia disponibilità di indicazioni da parte del paziente, il peso della valutazione prognostica, in particolare a breve termine, nella scelta di trattamenti o manovre invasive.

Articolo 2

1) Va definito meglio l'ambito in cui il medico deve adoperarsi per alleviare le sofferenze, anche in caso di rifiuto o revoca al consenso al trattamento, e che non può prevalere su quanto riportato nell'articolo 1

Articolo 3 – Minori e incapaci

5) Nel caso in cui il rappresentante legale della persona interdetta o il rappresentante legale della persona minore rifiuti le cure proposte dal medico che ritiene siano indispensabili, va specificato che questo riguarda anche la giurisdizione e potestà da parte dei genitori

Articolo 4 – Disposizioni anticipate di trattamento (DAT)

1) Il medico è tenuto al rispetto delle DAT. Vanno riportati gli interventi che si prevedono quando ciò non avvenga ed i relativi organi di controllo a cui far riferimento.

5) Le DAT possono essere disattese qualora appaiono palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente o nel caso sussistano nuove terapie. Vanno precisate le situazioni palesemente incongrue per ovviare a arbitrarietà di giudizio

Articolo 6 – Pianificazione condivisa delle cure

1) La pianificazione delle cure condivise con il paziente va contestualizzata all'evoluzione delle conoscenze e delle potenzialità di cura della patologia. Questa pianificazione può essere disattesa come indicato nell'articolo 4, ed in quest'ambito va richiesto di definire le potenzialità riconosciute di possibile cambiamento nell'iter assistenziale del paziente