

Venerdì 20 DICEMBRE 2019

L'informazione al paziente spetta ad ogni professionista sanitario, non solo al medico

La relazione di cura non riguarda esclusivamente il medico, ma è estesa alla équipe sanitaria comprendente i vari professionisti sanitari. Conseguentemente, i professionisti sanitari partecipano a tutte le attività che contribuiscono a realizzare la relazione di cura e che si basano sul "consenso informato", vale a dire sul conferimento dell'informazione e sulla raccolta del consenso

La discussione relativa al ruolo delle professioni sanitarie, diverse dal medico, in merito all'informazione al paziente è antica.

I pertinenti riferimenti normativi non lasciano dubbi circa l'obbligo anche giuridico per qualsiasi professionista sanitario di informare la persona assistita.

Questo obbligo discende dai contenuti di fonti nazionali e sovranazionali.

La Convenzione di Orvieto

Fra queste ultime, è da prendere in considerazione la Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina adottata a Orvieto il 4 aprile 1997 e ratificata dalla legge 28 marzo 2001 numero 145.

La Convenzione prevede due tipologie di informazione, rispettivamente contemplate una nell'articolo 5, compreso nel capitolo II intitolato "Consenso" e l'altra nell'articolo 10, facente parte del capitolo III relativo a "Vita privata e diritto all'informazione".

L'articolo 5 postula l'obbligo di informare, collocandolo in una prospettiva doppiamente limitata, perché 1) l'informazione è presentata come ancillare rispetto all'obiettivo di ottenere il consenso e 2) il suo contenuto riguarda i esclusivamente l'intervento nel campo della salute.

Articolo 5. Regola generale

Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato.

Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi.

Questa disposizione, relativa all'informazione previa al consenso, va considerata quale integrazione di quanto previsto dall'articolo 10 che, specificamente attinente all'informazione in quanto tale, ha un contenuto più ampio, riferito al concetto di salute globalmente intesa e non ad un particolare singolo intervento.

Articolo 10. Vita privata e diritto all'informazione

... 2. Ogni persona ha il diritto di conoscere ogni informazione raccolta sulla propria salute.

Tuttavia, la volontà di una persona di non essere informata deve essere rispettata.

L'informazione citata nell'articolo 10 concerne dunque la salute della persona nella sua globalità e quella dell'articolo 5 l'intervento sanitario subordinato al consenso. Si tratta di due aspetti della medesima entità, corrispondenti a fasi diverse della relazione con il paziente e a diversi bisogni di quest'ultimo all'interno del rapporto di cura.

La distinzione operata dalla convenzione di Oviedo ha una forma prettamente didascalica, che il professionista, nella pratica, deve saper superare, realizzando una connessione armonica, nella relazione con l'assistito, fra i due aspetti dell'informazione.

In ogni caso, la distinzione è quanto mai opportuna, perché conferisce il giusto risalto all'aspetto

dell'informazione che prescinde dall'obiettivo di ottenere il consenso e che costituisce componente sostanziale della *progressione* del rapporto di cura.

In sintesi, i diversi aspetti dell'informazione e delle sue finalità sono raggruppabili in due tipi: accanto alla scontatissima informazione specificamente finalizzata alla raccolta del consenso, vi è una informazione "di base" svincolato da qualunque rapporto con esigenze sanitarie di diagnosi, di terapia o di assistenza. È un'informazione che, apparentemente fine a sé stessa, arricchisce comunque il patrimonio culturale (in senso antropologico) della persona e costituisce il mezzo per consentire alla stessa di definire consapevolmente il proprio progetto di vita.

La convenzione di Oviedo non specifica chi debba provvedere ad informare la persona. L'analisi dei due articoli citati porta ad induzioni univoche circa l'identità del professionista sanitario cui compete l'informazione.

Il disposto dell'articolo 5 riguarda, in ultima analisi, "l'intervento in campo sanitario"; questa è l'espressione testualmente usata, che rende evidente che l'informazione finalizzata al consenso riguarda non solo il campo medico bensì, più estensivamente, quello *sanitario*.

Ne consegue che qualsiasi intervento in campo sanitario richiede un previo consenso ed ogni consenso una previa informazione. In pratica, schematizzando:

- a) se si tratta di intervento progettato ed eseguito dal medico, senza l'intervento di altri professionisti sanitari, l'informazione e la raccolta del consenso sono di competenza esclusiva di quel medico;
- b) se si tratta di un intervento che comporta prescrizione medica e messa in opera da parte di un professionista sanitario, occorre una doppia informazione ed un doppio consenso: informazione e consenso dapprima da parte del medico riguardo soprattutto al significato e agli obiettivi dell'intervento, informazione e consenso successivamente da parte del professionista sanitario circa le modalità di effettuazione dell'intervento; il problema pratico in questi casi è definire accordi o stilare procedure che chiariscano le competenze dei vari professionisti, precisando i rispettivi contenuti dell'attività informativa;
- c) se si tratta di intervento che il professionista sanitario deve progettare e realizzare, secondo previsioni del proprio profilo professionale, su propria iniziativa ed a prescindere da prescrizione medica, ovviamente l'informazione e la raccolta del consenso sono prerogative esclusive di quel professionista sanitario.

Ricapitolando, l'articolo 5 contempla l'informazione (e la raccolta del consenso) in relazione a qualsiasi intervento *sanitario*, non solo in relazione all'intervento *del medico*; vi può essere una componente dell'informazione, relativa ad attività di pertinenza di un dato professionista sanitario, che ricade su quel professionista.

Analogamente l'art. 10, prevedendo per ogni persona "il diritto di conoscere tutte le informazioni relative alla propria salute", impone a qualunque professionista sanitario, che abbia una relazione di cura con la persona, di tenerla informata in merito ai rilievi ed alle valutazioni di sua competenza.

La legge 22 dicembre 2017, n. 219

Fra le fonti nazionali, è fondamentale la recente legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" ed in particolare il contenuto del comma 3 dell'articolo 1.

Art. 1 Consenso informato. ... 3. Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi.

Il comma 3 non indica chi è deputato ad informare la persona sulle condizioni di salute che è suo diritto conoscere. L'indeterminatezza della norma conferma la tesi che ad ogni professionista sanitario che interviene nella cura della persona compete l'informazione connessa alla sua attività. Le indicazioni testuali circa il contenuto dell'informazione sembrano richiamare prevalentemente attività e conoscenze mediche, come per esempio la valutazione della prognosi o delle conseguenze di un eventuale rifiuto.

Però, a ben considerare, questa è solo una impressione destituita di fondamento, perché alcuni dei contenuti indicati possono riguardare sia il medico sia il professionista sanitario in genere: solo la diagnosi *nosologica* è prerogativa medica ed altre tipologie di diagnosi competono ad altri professionisti; le informazioni generali sui rischi dell'accertamento o del trattamento spettano al medico ma, al momento della effettuazione dello stesso, ulteriori informazioni *contingenti* sono fornite dal professionista che svolge determinati atti circa i quali il paziente chiede di essere edotto.

In ogni caso, il comma 3 citato postula il diritto del paziente di conoscere le proprie condizioni di salute e propone successivamente un elenco dei contenuti dell'informazione che è da considerare come meramente esemplificativo e quindi non inclusivo di tutti i possibili contenuti idonei a realizzare il *diritto di conoscere le proprie condizioni di salute*.

Parte di questi contenuti scaturiscono dagli approcci peculiari delle varie professioni sanitarie e dalle rispettive modalità di rilevare ed analizzare i bisogni della persona e di pianificare le modalità di intervento.

Chi ritiene che il comma 3 comporti un obbligo di informazione al paziente che grava solo sul medico perché la legge 219/2017 nel suo complesso si riferisce ad attività dovute da parte del medico e non cita mai i professionisti sanitari, è in errore.

È in errore perché, se è vero che è la figura del medico ad essere prevalentemente citata nella norma in oggetto, occorre tuttavia conferire il giusto valore a quanto riportato nel comma 2 del medesimo articolo 1.

Art. 1 Consenso informato. ... 2. È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'equipe sanitaria.

La relazione di cura non riguarda esclusivamente il medico, ma è estesa alla équipe sanitaria comprendente i vari professionisti sanitari. Conseguentemente, i professionisti sanitari partecipano a tutte le attività che contribuiscono a realizzare la relazione di cura e che si basano sul "consenso informato", vale a dire sul conferimento dell'informazione e sulla raccolta del consenso.

All'interno dell'equipe andranno definiti i contenuti informativi che ogni professionista componente dell'equipe dovrà garantire al paziente.

Ecco allora che l'ambito dichiarato di esclusività nell'informazione medica si affievolisce e si

integra con le informazioni provenienti dalle altre professionalità per fornire, alla persona assistita, informazioni tali da permettere alla stessa persona una “migliore adesione alle cure”.

Coerentemente i codici deontologici delle professioni sanitarie hanno, nel tempo, riservato spazio all’anamnesi e alla comunicazione degli stati di salute.

È il caso, ad esempio, del fisioterapista che raccoglie l’anamnesi e comunica la diagnosi fisioterapica. È il caso del logopedista che raccoglie il bilancio logopedico come sintesi della raccolta alla anamnestica e della diagnosi logopedica.

Lo strano caso delle professioni sanitarie non abilitate all’informazione

Date queste premesse, siamo disorientati di fronte a chi, come il Presidente della Federazione delle Società Medico-Scientifiche, **Franco Vimercati** (lettera al direttore, [QS del 24 ottobre scorso](#)), costruisce e descrive scenari assurdi e irragionevoli, palesemente *contra legem*, attribuendone la proposta a soggetti istituzionali, per poi criticare le competenze dei professionisti sanitari chiamati a svolgere attività in questi scenari ipotetici, introducendo surrettiziamente nelle critiche considerazioni non pertinenti.

Più esplicitamente, nell'intervento citato si riferisce che “si ventila l’ipotesi di affidare il consenso informato, la raccolta di notizie anamnestiche e la prescrizione a personale sanitario”, precisando che si tratta di personale sanitario “non abilitato a questo compito”.

Questa indicazione è semplicistica, fuorviante e non rispettosa delle competenze dei professionisti sanitari. Con l’abilitazione all’esercizio professionale si riconosce a qualsiasi professionista sanitario competenza nell’informare, nel raccogliere il consenso nonché l’anamnesi.

È pacifico che il professionista espleta queste funzioni in relazione alle attività a lui attribuite dal profilo professionale. È pacifico che il medico non può investire il professionista sanitario di funzioni per le quali quest’ultimo non è abilitato.

Ma chi descrive questo scenario assurdo, non può approfittare dell’occasione della sua costruzione ipotetica per dire che il professionista sanitario “non ha il compito dell’acquisizione del consenso informato” ed “è ovviamente impreparato per una inadeguata informazione sui rischi insiti nelle procedure che interessano il paziente”.

Dopo che il medico ha raccolto in consenso del paziente, per esempio a sottoporsi ad un determinato accertamento diagnostico, il professionista sanitario chiamato a svolgere le connesse attività tecniche o manuali ha comunque l’incombente di informare il paziente circa quanto si accinge a fare e a raccogliergli l’adesione.

Inoltre, il professionista sanitario ha competenza in una attività complessa, quale è quella del ricevere e gestire la revoca del paziente al consenso manifestato al medico. In ogni caso, è impensabile un professionista sanitario, come quello descritto nella lettera, impreparato sui rischi insiti nella procedura che si accinge a porre in essere ed incapace a darne adeguata informazione alla persona.

Ovviamente le informazioni da conferire al momento dell’esecuzione pratica dell’attività e la revoca del consenso da parte della persona devono essere gestite secondo progettualità preventivamente elaborata dall’equipe.

Tutto ciò è ben lontano da quanto paventato nella lettera, cioè dal “togliere al paziente stesso il diritto di confrontarsi con il medico nel momento più importante e delicato per lui, ovvero quello

delle decisioni terapeutiche utili a garantire il suo stato di salute”; anzi la figura del professionista sanitario, che accompagna il paziente nella scelta che ha già manifestato al medico, va proprio a rinforzare questo diritto. Resta comunque fermo che il professionista sanitario svolge anche attività che non richiedono prescrizione medica e circa le quali egli ha il dovere di informare e raccogliere il consenso.

Nella lettera di Vimercati, l’epilogo della costruzione di questo scenario ipotetico è sconcertante, perché si sviluppa secondo un’*escalation* avulsa dalla realtà e scollegata da quanto precedentemente ipotizzato come attribuito arbitrariamente ai professionisti sanitari: si postula conclusivamente “una “sanità” nella quale le refertazioni diagnostiche o le scelte terapeutiche possano essere affidate a personale non autorizzato a tale compito”.

È certo che una “sanità” così organizzata spaventi chiunque. Ma non è concepibile che qualcuno possa aver immaginato una cosa del genere e comunque proprio non ha senso proporla al pubblico per dichiarare l’ovvio: cioè che suscita spavento.

Lo sconcerto sommo è dato dalla frase conclusiva della lettera in cui si riafferma – in realtà si afferma perché questo concetto è un colpo di scena finale mai precedentemente enunciato – che “gli “atti medici” debbano rimanere tali a garanzia e tutela dei pazienti”.

Questa considerazione finale, anch’essa del tutto avulsa dal testo precedente, è solo in parte condivisibile.

Non è condivisibile la scelta di fare un passo indietro rispetto alle indicazioni preliminarmente proposte sulla relazione medico-paziente, attente alla “dimensione empatica che caratterizza il rapporto di fiducia tra il paziente ed il medico” e concludere limitando la riflessione agli “atti medici”. È comunque pacifico che essi siano a garanzia e a tutela dei pazienti.

Meno chiaro è il significato dell’auspicio che gli atti medici “debbono rimanere tali”. Ci limitiamo a considerare che gli atti medici sono soggetti a cambiamenti in relazione, se non altro, all’evoluzione delle tecnologie in ambito sanitario, alla riorganizzazione del servizio sanitario e alla maturazione del rapporto con il paziente. E nulla può (o a maggior ragione “deve”) “rimanere tale” di fronte al cambiamento.

Resta fermo che tutti i professionisti sanitari sono chiamati a funzioni (o se si preferisce attività; “atti” è proprio riduttivo) a garanzia e a tutela non solo dei pazienti ma anche delle persone sane e che anche per i professionisti sanitari non è accettabile l’idea che le funzioni “restino tali” escludendo aprioristicamente che si modifichino, ovviamente nel rispetto dei riferimenti normativi e con la garanzia della pertinente adeguata formazione, peraltro prevista dalle stesse norme.

Daniele Rodriguez
Medico legale

Luca Benci
Giurista
Componente del Consiglio superiore di sanità