

Proposta di legge

d'iniziativa del deputato Nicola Provenza

Disposizioni sul potenziamento degli aspetti comunicativi nella relazione del professionista sanitario con il paziente e con i componenti dell'equipe sanitaria

Onorevoli Colleghi! - La legge 219 del 2017 conosciuta come legge sulle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) in realtà, nel suo titolo completo, reca "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" e all'articolo 1 disciplina proprio il consenso informato quale atto prodromico e necessario alla disposizione anticipata di trattamento che la medesima legge disciplina compiutamente agli articoli successivi.

Nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, la predetta legge stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata.

Ma cos'è, dunque, il consenso informato? Sicuramente non è, o meglio, non può essere solo un modulo da sottoscrivere. Il consenso informato è l'atto costitutivo di una relazione tra medico e paziente e si colloca, a pieno titolo, nella relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico. Con il consenso informato si incontrano, dunque, l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico.

Alla relazione di cura partecipano e contribuiscono, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'equipe sanitaria. Sono altresì coinvolti, **su richiesta del paziente**, i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo.

La legge sulle DAT precisa che 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.

La predetta legge codifica un principio fondamentale che segna, anche legislativamente, il passaggio culturale da una medicina centrata sulla malattia ad una medicina centrata sul paziente. Più in particolare, proprio l'articolo 1 della legge 219 del 2017, al suo comma 8, sancisce che "*il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura*".

Il successivo comma 9 dispone poi che ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi della legge sulle DAT, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e "*l'adeguata formazione del personale*", precisando poi al successivo comma 10 che "*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*".

Più ampia codificazione è presente poi anche all'articolo 5 della legge 219 che disciplina la pianificazione condivisa delle cure quale esito di un percorso di comunicazione e condivisione con il paziente.

Non è casuale che il consenso informato e i suoi presupposti ermeneutici siano stati affrontati nella legge sulle DAT: il dialogo comunicativo appare infatti come il presupposto fondante di qualsiasi trattamento sanitario, come peraltro ha affermato anche la Corte Costituzionale, nella nota ordinanza n. 207 del 2018, secondo cui *“il diritto di rifiutare o interrompere qualsiasi trattamento sanitario viene inquadrato nella relazione di cura e di fiducia (la cosiddetta alleanza terapeutica) tra medico e paziente, che la legge n. 219 del 2017 mira a promuovere e valorizzare”*.

Dunque, proprio da questa prima codificazione del salto culturale della relazione medico-paziente nasce la presente proposta di legge che ha come scopo quello di disciplinare in maniera più completa il tempo della comunicazione tra medico e paziente, potenziando sia nell'ambito del sistema salute sia nella formazione del personale sanitario gli aspetti comunicativi della relazione del professionista sanitario con il paziente e con i componenti dell'equipe sanitaria.

Il consenso informato, come innanzi detto, non è un mero modulo da sottoscrivere e ritrovare nella cartella clinica che accompagna il paziente e non è dunque un atto riconducibile ad una arida contrattualistica, ma presuppone una relazione medica e sanitaria empatica ove anche la dimensione soggettiva del paziente acquisisce un elemento significativo nella relazione di cura, nella diagnosi e nell'assistenza.

In quest'ottica, la medicina biopsico-sociale, “patient centred” o “narrativa” va a sostituirsi alla medicina centrata sulla malattia ove l'elemento biologico costituisce l'aspetto qualificante, o quanto meno prevalente, e che per molti anni, in concomitanza con l'evoluzione tecnologica e scientifica, ha caratterizzato in maniera unidirezionale il paradigma delle relazioni mediche e delle organizzazioni sanitarie.

Diversi studi scientifici o programmi di ricerca hanno dimostrato che un certo tipo di comunicazione, sensibile al vissuto del paziente, è determinante nel percorso terapeutico, per l'aderenza dei trattamenti proposti e in termini di esiti positivi della cura.

Comunicare bene con i pazienti, ascoltarli, prendere in esame non solo i loro sintomi ma anche le loro ansie, non è solo un adempimento etico ma anche uno strumento di fondamentale importanza e utilità nella diagnosi, nella terapia e nella guarigione.

La necessità di un bagaglio formativo sulla corretta comunicazione con i pazienti, non trova risposta nell'attuale ordinamento di studi. Con lo stesso impegno con cui le nuove generazioni di medici vengono edotte sulle innovazioni cliniche, diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, su procedure e percorsi da usare come strumenti professionali nel loro quotidiano, ci si dovrebbe occupare di formare i curanti del futuro anche sulle modalità di impostazione di una corretta relazione medico-paziente.

Il modello professionale “*patient centred*” affronta la malattia secondo un approccio olistico, sistemico e complessivo ove il paziente è innanzi tutto persona posta al centro dell'attenzione del medico o del sanitario. La diagnosi e la cura di una malattia implicano dunque non solo la dimensione

biologica ma anche e, innanzitutto, la dimensione soggettiva/percettiva di chi vive la malattia, non solo in termini di sintomatologia ma anche in termini sociali e psichici.

Entrare nella dimensione biopsicosociale significa quindi dialogare, stabilire un rapporto di fiducia che consente al paziente di raccontare la sua malattia e al professionista sanitario di recuperare la componente umanistica della patologia che rappresenta, senza dubbio alcuno, un aspetto qualificante della patologia medesima.

La componente umanistica della patologia oggi non è più un approccio meramente filosofico/filantropico ma, come detto innanzi, è un elemento già codificato dal legislatore proprio attraverso la legge n. 219 del 2017; in verità tale componente era stata già codificata nel 2014 nell'ambito della deontologia medica ove, proprio con l'articolo 20 del Codice deontologico vigente, si è disciplinata la relazione di cura, qualificandola come la relazione tra medico e paziente, costituita sulla libertà di scelta e sull'individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità.

Il medico nella relazione persegue – così riporta l'articolo 20 del predetto Codice - l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su un'informazione comprensibile e completa, *considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura*".

In sostanza il legislatore nazionale e il legislatore professionale hanno codificato quel processo che ha portato alla progressiva sostituzione di una informazione imperativa del medico verso il paziente con una informazione partecipata e reciproca ed una più corretta "comunicazione".

Il beneficio di tale processo, lo si sottolinea ulteriormente, non è solo per il paziente ma è anche per il medico il quale ha un panorama di informazioni più esaustivo e può individuare il percorso terapeutico più idoneo per l'ammalato che, dinanzi alla risposta alle terapie rappresenta sempre un unicum cui gli automatismi di linee guida possono essere talvolta restrittivi rispetto ad una adeguata comunicazione che ne rilevi la soggettività intrinseca.

E' evidente come la carenza di personale e i problemi cronici del nostro servizio sanitario sottraggano alla relazione di cura, innanzi tutto, proprio il tempo del dialogo. Dunque, a riguardo, sarebbero necessari modelli organizzativi ove il tempo della comunicazione sia effettivamente valorizzato per verificare l'appropriatezza e la qualità dell'intervento diagnostico, della cura o dell'intervento assistenziale.

La proposta di legge, dunque, interviene sia nei modelli organizzativi sia nella formazione di base e continua dei medici e degli altri esercenti la professione sanitaria, con lo scopo di attuare e potenziare il modello professionale "*patient centred*".

La proposta di legge si compone di 4 articoli.

L'articolo 1 prevede l'adozione da parte del Ministero della salute di un Piano per il potenziamento degli aspetti comunicativi nella relazione del professionista sanitario con il paziente e con i componenti dell'equipe sanitaria mediante divulgazione e promozione di pratiche sanitarie che tengano conto dell'importanza della comunicazione tra i professionisti sanitari e i pazienti nella prevenzione, nella diagnosi e sul buon esito della cura nonché per garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale.

Nell'ambito di detto Piano sono emanate apposite raccomandazioni destinate alle strutture sanitarie e socio-sanitarie, volte a promuovere su tutto il territorio nazionale l'applicazione di adeguati standard

per una efficace comunicazione e relazione tra i professionisti sanitari e i pazienti nonché tra i componenti dell'equipe sanitaria. Per l'adozione del piano e delle raccomandazioni sono sentite le Federazioni nazionali degli ordini delle professioni sanitarie nonché le associazioni scientifiche maggiormente rappresentative, nel rispetto di taluni principi: approccio multidisciplinare, promozione e sostegno di pratiche sanitarie, rafforzamento dell'alleanza terapeutica tra professionista sanitario e paziente e della pianificazione delle cure attraverso un preliminare percorso di comunicazione e condivisione nonché il miglioramento delle condizioni organizzative delle strutture sanitarie, assicurando il tempo idoneo e necessario al dialogo con il paziente, con i suoi familiari e con l'equipe sanitaria di riferimento.

L'articolo 2 disciplina invece il Piano formativo nazionale sulla Comunicazione sanitaria per gestire in modo consapevole gli aspetti comunicativo-relazionali nell'esercizio della professione sanitaria di riferimento, favorendo l'attenzione verso gli aspetti emotivi del rapporto con il paziente e delle relazioni nell'equipe sanitaria. Nell'ambito del Piano formativo sono individuati idonei percorsi didattici da inserire tra le attività formative di base e caratterizzanti dei corsi di laurea dell'area sanitaria, specifici incentivi, nell'ambito dell'educazione continua in medicina (ECM), volti a favorire l'aggiornamento permanente dei professionisti sanitari sugli aspetti comunicativo-relazionali nonché percorsi formativi aziendali, predisposti in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), da diffondere sull'intero territorio nazionale.

Gli ultimi due articoli prevedono, infine, la relazione annuale alle Camere da parte del Ministro della salute, l'invarianza finanziaria e l'entrata in vigore.

Proposta di legge

Art. 1 (Piano per il potenziamento degli aspetti comunicativi nella relazione del professionista sanitario con il paziente e con i componenti dell'equipe sanitaria)

1. Il Ministro della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, predispone, con proprio decreto, un Piano volto al potenziamento degli aspetti comunicativi della relazione del professionista sanitario con il paziente e con i componenti dell'equipe sanitaria, mediante divulgazione e promozione di pratiche sanitarie che tengano conto dell'importanza della comunicazione tra i professionisti sanitari e i pazienti nella prevenzione, nella diagnosi e sul buon esito della cura nonché per garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale.

2. Il Ministro della salute, nell'ambito del Piano di cui al comma 1, emana apposite raccomandazioni destinate alle strutture sanitarie e socio-sanitarie, volte ad implementare su tutto il territorio nazionale l'applicazione di adeguati standard per una efficace comunicazione e relazione tra i professionisti sanitari e i pazienti nonché tra i componenti dell'equipe sanitaria.

3. Il piano e le raccomandazioni di cui al presente articolo sono adottati, sentite le Federazioni nazionali degli ordini delle professioni sanitarie nonché le associazioni scientifiche maggiormente rappresentative, nel rispetto dei seguenti principi:

a) rafforzamento dell'alleanza terapeutica tra professionista sanitario e paziente e della pianificazione delle cure attraverso un preliminare percorso di comunicazione e condivisione con il paziente nonché attraverso il reciproco riconoscimento dell'autonomia decisionale e dell'autorità professionale;

b) previsione di un approccio interdisciplinare tra le diverse aree sanitarie e socio-sanitarie che tenga conto dell'incidenza degli aspetti comunicativi e relazionali, al fine di garantire l'appropriatezza della prevenzione, della diagnosi e della cura;

c) promozione e sostegno di pratiche sanitarie in cui gli aspetti comunicativi della relazione del professionista sanitario con il paziente e con i componenti dell'equipe sanitaria assumano carattere qualificante;

d) miglioramento delle condizioni organizzative delle strutture sanitarie, assicurando il tempo idoneo e necessario al dialogo con il paziente, con i suoi familiari e con l'equipe sanitaria di riferimento, realizzando appieno l'immedesimazione tra tempo della comunicazione e tempo della cura e della decisione terapeutica;

e) adempimento ai fini della verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, nonché un requisito per accedere alla quota premiale del Fondo sanitario nazionale introdotta dall'articolo 9, comma 2, del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 149.

Art. 2 (Piano formativo nazionale sulla Comunicazione sanitaria)

1. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca, entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, è predisposto un Piano formativo nazionale per gestire in modo consapevole gli aspetti comunicativo-relazionali nell'esercizio della professione sanitaria di riferimento, favorendo l'attenzione verso gli aspetti

emotivi del rapporto con il paziente e delle relazioni nell'equipe sanitaria. 2. Nell'ambito del Piano di cui al comma 1, sono individuati:

a) idonei percorsi didattici da inserire tra le attività formative di base e caratterizzanti dei corsi di laurea in medicina, delle professioni sanitarie, nonché delle professioni socio-sanitarie, che siano inclusivi degli elementi filosofici, epistemologici, metodologici, sociologici e pedagogici e siano qualificanti del sistema di relazioni della professione sanitaria di riferimento, prevedendo anche il coinvolgimento dei settori scientifico- disciplinari della scienza dell'educazione e della formazione primaria;

b) specifici incentivi, nell'ambito dell'educazione continua in medicina (ECM), volti a favorire l'aggiornamento permanente dei professionisti sanitari sugli aspetti comunicativo-relazionali nell'esercizio della professione sanitaria di riferimento;

c) percorsi formativi aziendali, predisposti in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) da diffondere sull'intero territorio nazionale attraverso tre livelli di realizzazione dell'attività formativa che si attivino a cascata: nazionale/interregionale; regionale; locale.

Art. 3. (Disposizioni finali e finanziarie)

1. Il Ministro della salute presenta annualmente alle Camere una relazione sullo stato di attuazione della presente legge e del Piano di cui all'articolo 1 nonché del Piano formativo nazionale di cui all'articolo 2.

2. All'attuazione delle disposizioni contenute nella presente legge si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Art. 4. (Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.