



SCACCO
MATTO

MMG

DOLORE - DERMATITI - RISK MANAGEMENT



UNIVERSITÀ
degli STUDI
di CATANIA

Monica Salerno

Dottore di Ricerca in Patologia Medico Legale e Tecniche Criminalistiche
U.O.C. di Medicina Legale, AOU "Policlinico - Vittorio Emanuele"

GAZZETTA  UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Venerdì, 17 marzo 2017

SI PUBBLICA TUTTI I
GIORNI NON FESTIVI

LEGGE 8 marzo 2017, n. 24.

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

Sicurezza delle cure

Art. 1.

Sicurezza delle cure in sanità

1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.

Art. 2.

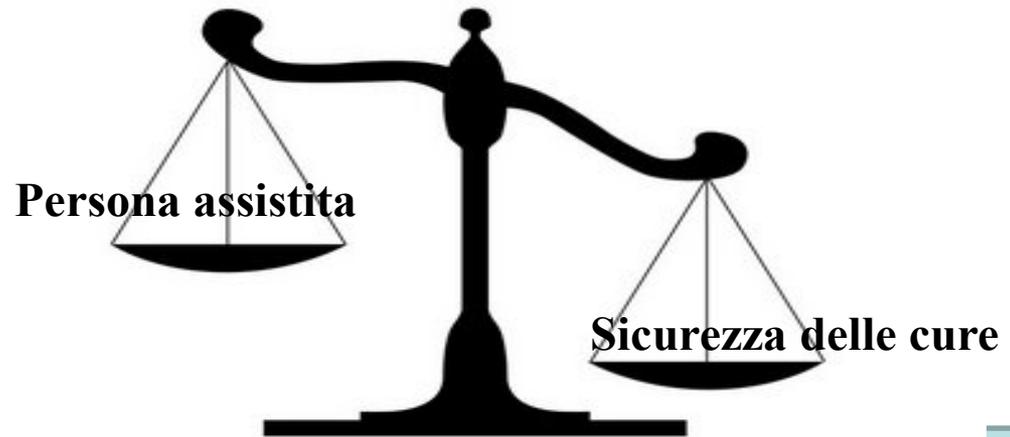
Attribuzione della funzione di garante per il diritto alla salute al Difensore civico regionale o provinciale e istituzione dei Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente.

“... quel processo che porta a evitare, prevenire e mitigare effetti avversi o danni derivanti dal processo di assistenza sanitaria.”



Art. 2, comma 1-3: Definizione del ruolo del Difensore civico regionale o provinciale

Art. 2, comma 4: Istituzione dei Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente



Diritto alla salute

Sicurezza delle cure

La sicurezza delle cure e il rischio clinico

ARTICOLO 1

Sicurezza delle cure in sanità

La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.

La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.

Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale.



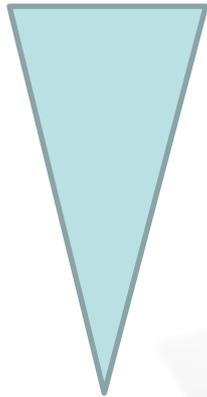
**struttura sanitaria e
gestione del rischio in Sanità**



RISCHIO CLINICO

probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi *“danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte”*. (Kohn IOM 1999)

Cos'è l'errore?



evento avverso...

- ✓ l'errore è **un'insufficienza del sistema** che condiziona il fallimento delle azioni programmate;
- ✓ è una **“azione non sicura”** o una **“omissione”** con potenziali conseguenze negative sull'esito del processo di cura;
- ✓ l'errore è **un comportamento che può essere giudicato inadeguato** da “pari” di riconosciuta esperienza e competenza, al momento in cui il fatto si verifica, indipendentemente se ci siano state o no conseguenze negative per il paziente;

un evento indesiderabile che comporta un danno al paziente non dovuto alle sue condizioni cliniche, ma correlato al processo assistenziale.

E' per sua natura, indesiderabile, non intenzionale, dannoso per il paziente; **l'evento avverso derivato da errore è definito “prevenibile”**

Danno

Alterazione, temporanea o permanente, di una parte del corpo o di una funzione fisica o psichica (compresa la percezione del dolore)

Errore

Fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato

Evento (Incident)

Accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente

Evento avverso (Adverse event)

Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile.

Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile"

Evento evitato (Near miss o close call)

Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente

Evento sentinella (Sentinel event)

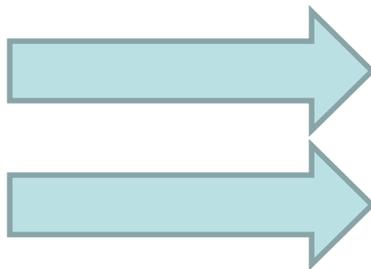
Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiamo contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

Governo clinico (Clinical governance)

Sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati standard assistenziali creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica (Scally G, Donaldson L J, BMJ, 4 July 1998)

Rischio (Risk)

Condizione o evento potenziale, intrinseco o estrinseco al processo, che può modificare l'esito atteso del processo. È misurato in termini di probabilità e di conseguenze, come prodotto tra la probabilità che accada uno specifico evento (P) e la gravità del danno che ne consegue (D); nel calcolo del rischio si considera anche la capacità del fattore umano di individuare in anticipo e contenere le conseguenze dell'evento potenzialmente dannoso (fattore K)



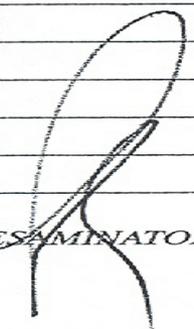
- Ciò nonostante, risulterebbe poco realistico attribuire al “sistema” ogni causa di errore. Occorre preservare la responsabilità individuale e, al contempo, comprendere le interrelazioni tra persona, tecnologia e organizzazione.



Data dell'esame _____

Referto:

Addevente polmonari in prima
parte confluenti al 3° livello e rifarsi
dei campi polmonari (quadro completo
di con E.P.)

IL MEDICO ESAMINATORE 

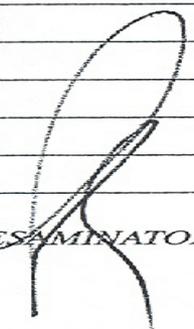
IL DIRETTORE

Data dell'esame _____

Referto:

Adesione polmonare in prima
parte confluisce al 3° spazio e si fonde
dei campi pleurici (peraltro confluisce
di con E.P.)

(edema P. Pleur.)

IL MEDICO ESAMINATORE 

IL DIRETTORE

LA RESPONSABILITA' MEDICA E LA RILEVANZA DELLE LINEE GUIDA



Le linee guida e le buone pratiche

ARTICOLO 5

Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida

Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale **si attengono**, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.

Nel prevedere, innanzitutto, il dovere del professionista sanitario di attenersi, salve le specificità del caso concreto, **alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate nel sito internet dell'Istituto superiore di sanità pubblica**, l'art. 5 della legge si discosta dalle previsioni dell'art. 3 della "Legge Balduzzi" sotto due punti di vista: da un lato, precisa quali sono le linee guida rilevanti nel giudizio di responsabilità medica tramite la creazione di un sistema di accreditamento formale affidato alle istituzioni, così soddisfacendo un'innegabile esigenza di certezza ma, al contempo, inevitabilmente introducendo anche il rischio di imporre a medici e pazienti una sorta di «medicina di Stato» in aperto dispregio dei fondamentali principi di libertà terapeutica del medico e di autodeterminazione del malato.

Le linee guida e le buone pratiche

ARTICOLO 5

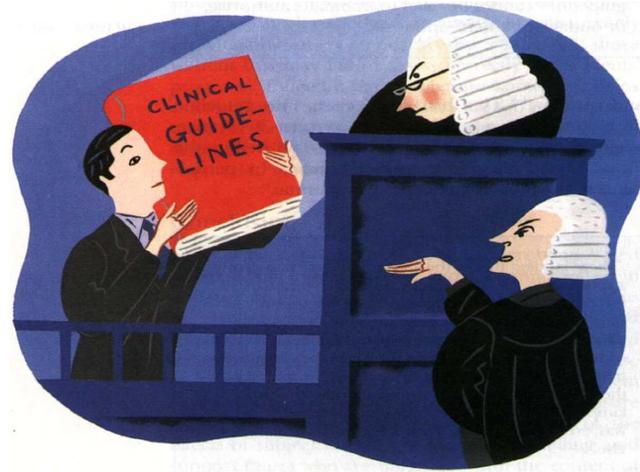
Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida

Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono **salve le specificità del caso concreto** alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.

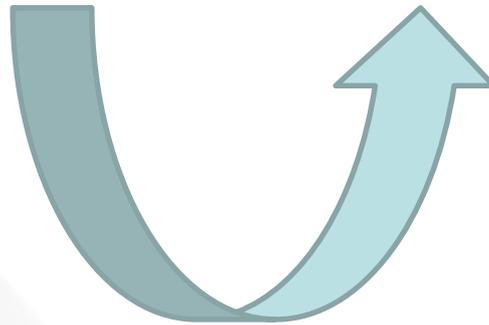
Dall'altro, opportunamente impone al professionista sanitario di discostarsi dalle linee guida in considerazione delle specificità del caso concreto, in tal modo riconoscendo che, come invero insegna un consolidato orientamento dottrinale e giurisprudenziale, **la verifica dell'osservanza delle linee guida (così come delle buone pratiche delle quali si parlerà a breve) è soltanto un aspetto, assolutamente non esclusivo né esaustivo, del giudizio sulla colpa – diligenza del medico,** che pertanto non potrebbe essere automaticamente condannato per il solo fatto di non averle rispettate né, di converso, potrebbe essere mandato esente da responsabilità per il solo fatto di avervi prestato osservanza.

LINEA GUIDA: “raccomandazioni sviluppate in modo sistematico per assistere medici e pazienti nelle decisioni sulla gestione appropriata di specifiche condizioni cliniche” (Institute of Medicine. Guidelines for clinical practice: From Development to Use. Washington DC; National Academic Press, 1992)

Definizione alternativa: (se evidence based) Raccomandazioni di comportamento clinico elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni degli esperti, con lo scopo di aiutare clinici e pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche. La loro adozione consente di ridurre la variabilità nella pratica clinica ed a migliorare gli esiti di salute (da “Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure”, Glossario in www.salute.gov)



«... La necessità di istituire il Sistema nazionale linee guida (SNLG) è nata dalla consapevolezza sempre più presente della necessità di erogare cure di buona qualità ed evidence based in un contesto di risorse limitato»



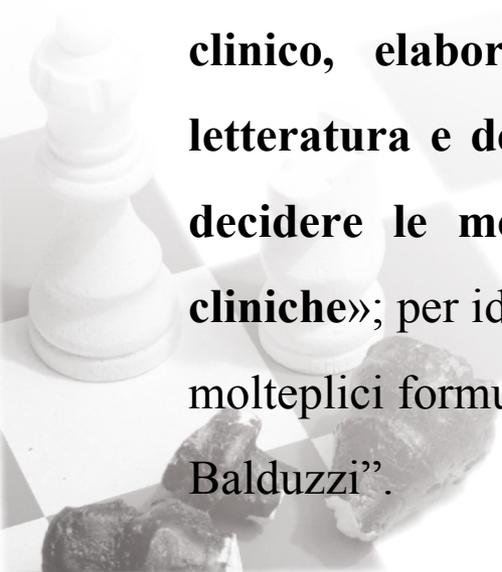
| Area | Titolo | Produttore | Data immissione nell'SNLG | Link a full text LG | Valutazione complessiva LG con AGREE II |
|-----------------|--|---|---------------------------|---------------------|--|
| Ginecologia | Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla | Istituto Superiore di Sanità | Settembre 2017 | Scarica file | <p>1-Obiettivi e ambiti di applicazione: 94%</p> <p>2-Coinvolgimento stakeholders: 93%</p> <p>3-Rigore metodologico: 83%</p> <p>4-Chiarezza espositiva: 94%</p> <p>5-Applicabilità: 44%</p> <p>6-Indipendenza editoriale: 75%</p> <p>Score complessivo: 80%</p> <p>Scarica file Score complessivo</p> |
| Sanità pubblica | I controlli alla frontiera La frontiera dei controlli | Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà; Istituto Superiore di Sanità; Società Italiana di Medicina delle Migrazioni | Luglio 2018 | Scarica file | <p>1-Obiettivi e ambiti di applicazione: 98%</p> <p>2-Coinvolgimento degli stakeholders: 78%</p> <p>3-Rigore metodologico: 70%</p> <p>4-Chiarezza espositiva: 94%</p> <p>5-Applicabilità: 36%</p> <p>6-Indipendenza editoriale: 39%</p> <p>Score complessivo: 69%</p> <p>Scarica file Score complessivo</p> <p>LG accettata con riserva in assenza di una LG specifica sull'argomento.</p> <p><small>Fonte: EC Initiative on Breast Cancer. Evaluation of existing evidence of desired AGREE II thresholds for considering guidelines as reliable in national and international contexts. University of Warwick and GIMBE.</small></p> |

| | |
|---|--|
| <i>Decreto Balduzzi: art. 3, comma 1 (abrogato)</i> | <i>Legge Gelli: art. 5, comma 1</i> |
| L'esercente la professione sanitaria | Gli esercenti le professioni sanitarie |
| che nello svolgimento della propria attività | nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, |
| si attiene | si attengono, |
| | salve le specificità del caso concreto ; stato |
| a linee guida | alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ... |
| | in mancanza delle suddette raccomandazioni |
| buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica | buone pratiche clinico-assistenziali |

Un secondo elemento di novità della “Legge Gelli Bianco” riguarda, poi, il ruolo delle «buone pratiche clinico-assistenziali», che l’art. 3 della “Legge Balduzzi” metteva sullo stesso piano delle linee guida e l’opinione maggioritaria considerava seppure con una certa varietà di accenti, in realtà non distinguibili dalle linee guida stesse.



L'ultimo periodo del comma 1 dell'art. 5 della nuova legge pone le buone pratiche in posizione subordinata rispetto alle linee guida, disponendo che vadano osservate solamente in mancanza di queste ultime. Va da sé che, di fronte a una siffatta disciplina, non sembra più sostenibile la tesi che identifica(va) le due espressioni: **per le linee guida, quindi, si potrà continuare a fare riferimento alla tradizionale e consolidata definizione di «raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni scientifiche, al fine di aiutare medici e pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche»**; per identificare le buone pratiche, invece, sarà necessario districarsi tra le molteplici formule proposte dalla dottrina già sotto il vigore dell'art. 3 della “Legge Balduzzi”.



LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. (18G00006)

(GU n.12 del 16-1-2018)

Vigente al: 31-1-2018

Il tema del **consenso informato senza ulteriori specificazioni** è stato collocato dal legislatore **sulla linea di partenza (articolo 1)** e la questione dell'autodeterminazione del paziente in riferimento a casi particolari (fine vita, patologie croniche) è stata presa in esame negli **articoli successivi**.

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGI 22 dicembre 2017, n. 219.

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

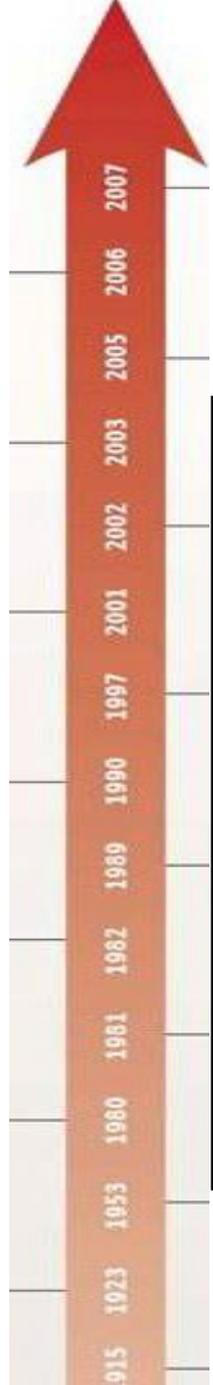
PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

Consenso informato

Il testo, lungi dall'essere rivoluzionario, è sostanzialmente una fotografia, all'interno di una legge ordinaria, della situazione esistente e che si è affermata per volontà giurisprudenziale – ricostruita sui principi costituzionali e internazionali – per volontà deontologica e per la consuetudine ormai consolidata nelle strutture sanitarie.



IL DETTATO COSTITUZIONALE

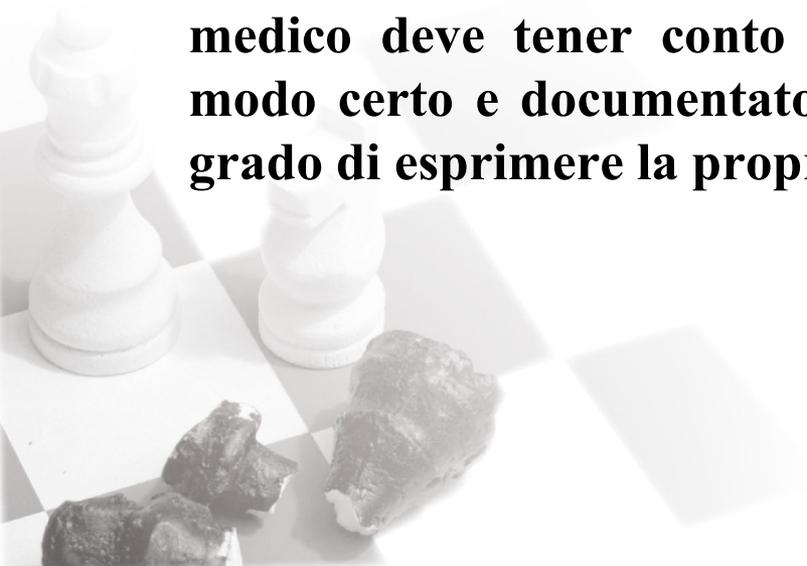
“...il paziente è di regola un profano dell’arte medica, per cui il suo consenso non avrebbe senso, se egli non ricevesse dal medico stesso le informazioni e le spiegazioni opportune...” (G. Cattaneo, 1957).

Articolo 2. *La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.*

Articolo 13. *Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge.*

Articolo 32. *La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività,...Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.*

- La disposizione è **conforme alla norma di cui all'art. 9 della Convenzione di Oviedo** (*Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina, 4 aprile 1997*), secondo la quale **i desideri espressi anteriormente da un paziente che, al momento del trattamento, non sia in grado di manifestare la sua volontà, devono essere presi in considerazione.**
- In tal senso, è emblematico **l'art. 38 del vigente Codice di Deontologia Medica** (*CDM Codice di Deontologia Medica 2014*), secondo il quale **il medico deve tener conto di quanto precedentemente dichiarato, in modo certo e documentato, dal paziente che, al momento, non sia in grado di esprimere la propria volontà.**



Art. 1.

Consenso informato

1. La presente legge, 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, 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.

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'*équipe* sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo.



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. Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

4. Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

Si legge nel comma 5:

*«Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte [...] qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento [...] il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento. **Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici [...]** ».*

6. Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali.

7. Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'*équipe* sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirla.

8. Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.

9. Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale.

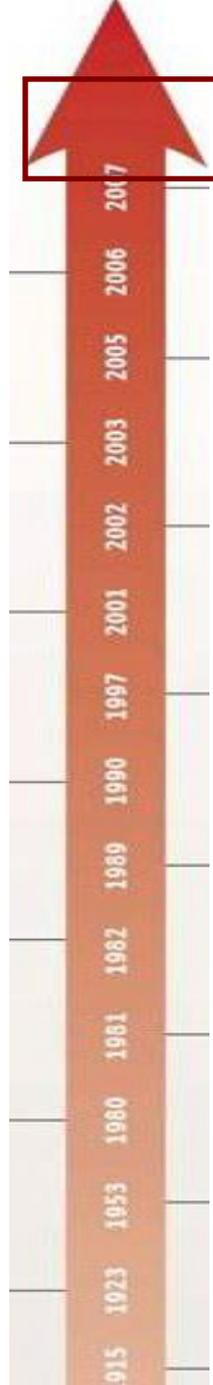
10. La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative.

11. È fatta salva l'applicazione delle norme speciali che disciplinano l'acquisizione del consenso informato per determinati atti o trattamenti sanitari.

Come ultima annotazione su questo lungo e complesso articolo vogliamo riferirci al caso emblematico del comma 8, che recita integralmente:

8. Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.

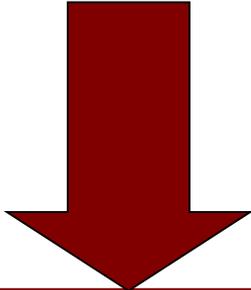




2014

Il codice deontologico

“Il medico garantisce alla persona assistita o al suo rappresentante legale un’informazione comprensibile ed esaustiva sulla prevenzione, sul percorso diagnostico, sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla terapia e sulle eventuali alternative diagnostico-terapeutiche, sui prevedibili rischi e sulle complicanze, nonché sui comportamenti che il paziente dovrà adottare nel processo di cura. *Il medico adegua la comunicazione alla capacità di comprensione della persona assistita o del suo rappresentante legale, corrispondendo ad ogni richiesta di chiarimento, tenendo conto della sensibilità e reattività emotiva dei medesimi...*” CDM 2014, art. 33.



Comunicazione come tempo di cura

Le disposizioni anticipate di trattamento

Art 4, comma 1

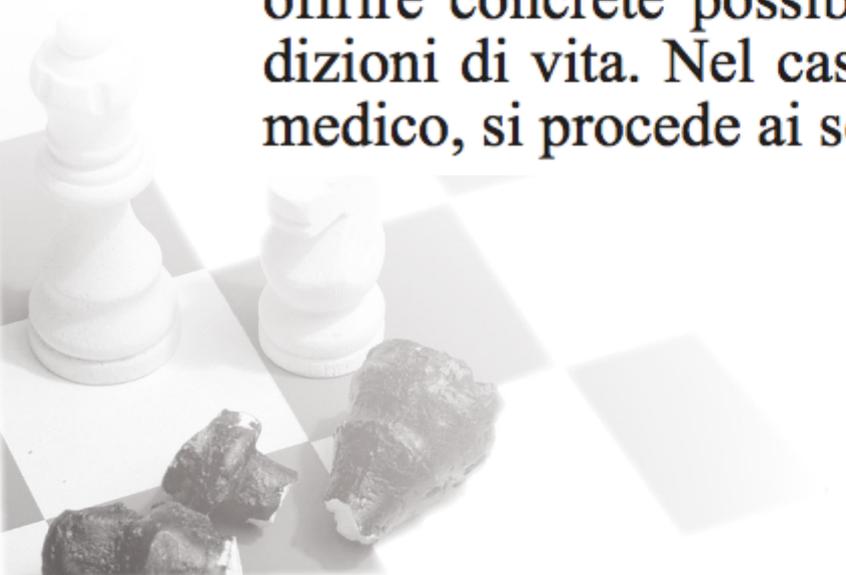
«Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonchè il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari. Indica altresì una persona di sua fiducia, di seguito denominata «fiduciario», che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.»

Comma 2. Il fiduciario deve essere una persona maggiorenne e capace di intendere e di volere. L'accettazione della nomina da parte del fiduciario avviene attraverso la sottoscrizione delle DAT o con atto successivo, che è allegato alle DAT. Al fiduciario è rilasciata una copia delle DAT. Il fiduciario può rinunciare alla nomina con atto scritto, che è comunicato al disponente.

Comma 3. L'incarico del fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione.

Comma 4. Nel caso in cui le DAT non contengano l'indicazione del fiduciario o questi vi abbia rinunciato o sia deceduto o sia divenuto incapace, le DAT mantengono efficacia in merito alle volontà del disponente. In caso di necessità, il giudice tutelare provvede alla nomina di un amministratore di sostegno, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile.

5. Fermo restando quanto previsto dal comma 6 dell'articolo 1, il medico è tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita. Nel caso di conflitto tra il fiduciario e il medico, si procede ai sensi del comma 5, dell'articolo 3.



6. Le DAT devono essere redatte per atto pubblico o per scrittura privata autenticata ovvero per scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del comune di residenza del disponente medesimo, che provvede all'annotazione in apposito registro, ove istituito, oppure presso le strutture sanitarie, qualora ricorrano i presupposti di cui al comma 7. Sono esenti dall'obbligo di registrazione, dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto e tassa. Nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, le DAT possono essere espresse attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare. Con le medesime forme esse sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento. Nei casi in cui ragioni di emergenza e urgenza impedissero di procedere alla revoca delle DAT con le forme previste dai periodi precedenti, queste possono essere revocate con dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni.

Seppur il legislatore abbia tenuto ad annoverare esplicitamente il caso della nutrizione ed idratazione artificiale, come già aveva fatto al citato art. 1, comma 5, egli ha mancato di fornire maggiori requisiti contenutistici per la caratterizzazione e, soprattutto, la pratica applicazione delle DAT stesse in un reale contesto clinico, **mancando, ad esempio, un esplicito riferimento alla respirazione artificiale.**

In tal senso la comunità medico-scientifica si è sempre espressa in modo perlopiù unanime circa l'opportunità di intendere le DAT come un documento a forte impronta tecnica, oltre che ideologica, affinché potesse costituire uno strumento realmente applicabile nella gestione della relazione di cura anche in assenza di un riscontro attuale con le volontà ed il sentire del paziente.



caso «Massimo»

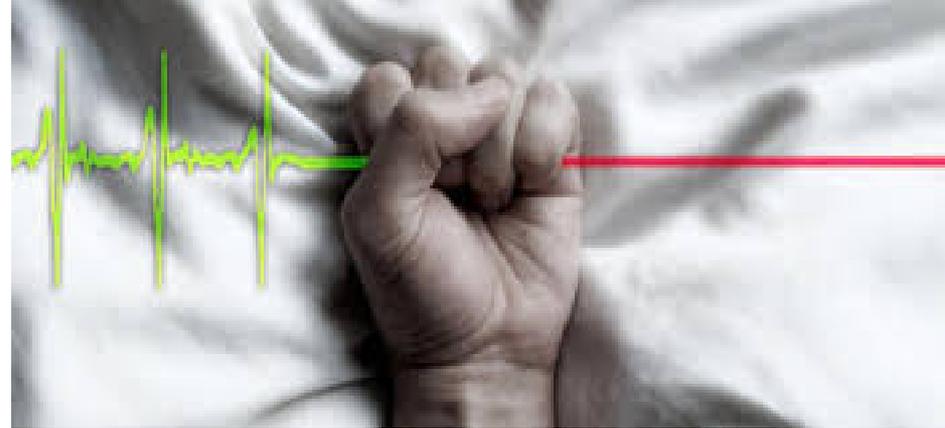
ASSISE FIRENZE, 26.6.1991

Nell'Agosto del 1983, il primario chirurgo di un ospedale di Firenze, prof. Massimo, ricevuto il consenso da parte di una paziente all'asportazione per via endorettale di un adenoma villosa, opta - ad operazione in corso e senza informare previamente la persona interessata - per la totale amputazione del retto, con successiva deviazione dell'intestino ed impianto di un ano artificiale. Dopo due mesi, la paziente decede a seguito delle lesioni cagionate dalla più intrusiva - e non consentita - attività operatoria.

Omicidio preterintenzio

In questo filone si colloca, per prima, la sentenza *Massimo*, la quale ha affermato il principio per il quale il medico che sottopone il paziente ad un intervento operatorio di più grave entità rispetto a quello consentito e comunque di più lieve entità del quale è informato preventivamente e che solo sia stato autorizzato, commette il reato di lesioni volontarie e se da quelle lesioni derivi la morte egli risponde del **reato di omicidio preterintenzionale**.

(Cass. pen., Sez. V., 21 aprile **1992**, n. 563)



“...Ce n’era dunque di materia, anche culturalmente elevata, per una legislazione non compromissoria; infatti, dopo aver riconosciuto che, in fondo (ma proprio in fondo), dalle scelte attuali del paziente non si può prescindere, se questi non è più in grado di scegliere, delle disposizioni anticipate il medico deve tener conto (quando le condizioni sono ormai disperate), pur solennemente e un po’ ipocritamente riaffermando (e ce n’è ancora bisogno?) che il principio da osservare è sempre il medesimo: il diritto cioè della persona di accettare o di rifiutare le cure, intangibile, anche in caso di perdita di capacità e anche ove il rifiuto ne possa determinare la morte...”

MAURO BARNI





DOLORE - DERMATITI - RISK MANAGEMENT



Grazie per l'attenzione