

Jean-Christophe Cataliotti
Tiziano Motti

VADEMECUM
DEL
CITTADINO

NOI CITTADINI™

Domande e risposte su SANITÀ e BIOETICA



INIZIATIVE EDITORIALI™

Jean-Christophe Cataliotti
Tiziano Motti

NOI CITTADINI
BIOETICA
E SANITÀ

TUTTO QUELLO CHE IL CITTADINO
DEVE SAPERE

Collana
GUIDA AI DIRITTI

TIZIANOMOTTI & C.
INIZIATIVE EDITORIALI E COMUNICAZIONE
www.tizianomotti.com
www.gruppomedia.com

© 2005 Tiziano Motti
Iniziative Editoriali e Comunicazione Srl
Sede legale: Piazza della Serenissima, 60
31033 Castelfranco Veneto (TV)

FAX 0422. 02 99 18

MAIL info@gruppomedia.com

Uffici operativi:
Via Guicciardi, 7
42100 Reggio Emilia

INDICE GENERALE

Presentazione pag. 7

PARTE PRIMA

Breve introduzione: la bioetica pag. 11

La legge sulla procreazione assistita ” 15

Il trapianto ” 29

L'eutanasia ” 43

La legge sulla interruzione di gravidanza ” 51

Consenso informato ” 59

PARTE SECONDA

Sanità: breve vademecum per il cittadino ... ” 73

APPENDICE

– Legge 19 febbraio 2004, n. 40: *Norme in materia di procreazione medicalmente assistita* ” 93

– Legge 1° aprile 1999, n. 91: *“Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti”* ” 105

– Codice di deontologia medica ” 123

Associazione Europa dei Diritti ” 149

Indice analitico degli argomenti trattati ” 153

Presentazione

Spesso il cittadino non è consapevole dei propri diritti e non si trova pertanto nella condizione di tutelarli.

La Guida ai Diritti, collana di cui è parte integrante questo volume dedicato a bioetica e sanità, si prefigge di agevolare l'accesso dei cittadini alla cultura del "diritto ai diritti", avvalendosi della preziosa collaborazione dell'Avv. Jean-Christophe Cataliotti.

L'autore è anche consulente dell'Associazione Europa dei Diritti, promotrice della collana.

"Guida ai Diritti" e "Noi Cittadini" sono, però, anche progetti che spaziano, tramite l'Associazione Europa dei Diritti e le società del gruppo "Unimedia Group", in altri settori dell'informazione:

- ogni anno sono stampate e diffuse gratuitamente ai cittadini oltre due milioni di copie di guide informative "Noi Cittadini", edite con la supervisione dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia e con la prestigiosa consulenza del Dott. Antonio Lubrano;
- il quotidiano "Il Giornale di Reggio" dedica settimanalmente l'inserito "Noi Cittadini" ai diritti, rispondendo ai quesiti dei lettori;
- il fortunato format televisivo "Noi Cittadini", condotto da Antonio Lubrano per un circuito di emittenti televisive selezionate, ha contribuito all'informazione sui diritti integrando i contenuti della collana cartacea ed affrontando i temi che tramite internet continuano a stimolare la partecipazione dei cittadini.
- gli interventi pubblicati sul quotidiano e trasmessi nelle

puntate del format televisivo sono riproposti anche nel sito www.europadeidiritti.com, tramite il quale l'Associazione presenta la propria attività e raccoglie l'adesione (gratuita) dei cittadini, delle società e associazioni che ne condividono i principi e le finalità. Il sito per mette anche di proporre quesiti che saranno sottoposti ai consulenti legali dell'Associazione e successivamente sviluppati nei media di cui dispone il nostro circuito.

La stretta collaborazione già avviata con le principali associazioni di categoria e di tutela dei consumatori darà efficacia sempre maggiore ai nostri intenti, che ripercorrono la strada che importanti trasmissioni televisive di successo hanno a loro volta intrapreso, nella consapevolezza che il cittadino ha prima di tutto il diritto di conoscere i propri diritti, perché "prevenire è meglio che curare".

La nostra collana si è arricchita con questo libro o di un altro tassello, orientato a favorire la consapevolezza dei propri diritti nei "non addetti ai lavori".

L'indice analitico, pubblicato a pagina 153, permette al lettore di risalire rapidamente alla trattazione dell'argomento identificato dalla voce che interessa. In tal modo la Guida "Noi Cittadini" si presta a diventare fruibile per rapide consultazioni alla ricerca del significato dei termini sempre più utilizzati anche in ambito non tecnico.

A pagina 149 pubblichiamo una scheda dell'Associazione Europa dei Diritti, promotrice della collana, auspicando nell'attenzione del lettore alle tematiche che anche il sito internet svilupperà settimanalmente.

Associazione Europa dei Diritti
www.europadeidiritti.com

Il Presidente
Tiziano Motti

PARTE PRIMA

BREVE INTRODUZIONE: LA BIOETICA

Prima di affrontare alcuni temi di bioetica particolarmente delicati quali la procreazione assistita, il trapianto, l'aborto e l'eutanasia, riteniamo opportuno rispondere alla domanda: "che cosa è la bioetica?".

Il termine bioetica è stato proposto per la prima volta nel 1971 dall'oncologo americano Van R. Potter, autore dell'ormai famoso libro dal titolo *Bioethics Bridge to the future* (Bioetica: un ponte verso il futuro), per indicare una nuova scienza tesa a migliorare la qualità della vita, una "scienza della sopravvivenza" fondata non solo sulle conoscenze biologiche, ma anche su quelle sociali ed umanistiche.

La prima definizione ufficiale di bioetica è stata però data dalla *Enciclopedia of Bioethics*, opera monumentale di *W.T.Reich* in 4 volumi. Secondo l'edizione del 1978, la bioetica è "lo studio sistematico della condotta umana nell'area delle scienze della vita e della salute quando questo comportamento è esaminato alla luce dei valori e dei principi morali".

Tale definizione è stata ripresa e allargata nell'edizione del 1995: "la bioetica può essere definita come lo studio sistematico delle dimensioni morali - incluse la previsione morale, le decisioni, la condotta e le politiche - delle scienze della vita e della cura della salute, usando diverse metodologie etiche in un quadro interdisciplinare".

Per delimitare l'oggetto della bioetica e per comprendere i reciproci rapporti tra bioetica, medicina legale e deontologia medica, un gruppo di studiosi esperti di varie discipline, in occasione di un incontro svoltosi ad Erice nel 1991, ha elaborato il seguente documento:

Carta di Erice

La *bioetica* è un'area di ricerca che, avvalendosi di una metodologia interdisciplinare, ha per oggetto l'esame sistematico della condotta umana nel campo delle scienze della vita e della salute, secondo l'accettata definizione dell'*Encyclopedia of Bioethics* (1978). La sua specificità deriva dal tipo di problemi che essa affronta, dalla natura delle istanze etiche e dalla metodologia utilizzata.

In quanto *etica applicata al regno biologico* – il quale designa un universo molto più esteso di quello della medicina – la bioetica abbraccia l'etica medica tradizionale e spazia oltre, includendo:

- 1) i problemi etici di tutte le professioni sanitarie;
- 2) le ricerche comportamentali, indipendentemente dalle loro applicazioni terapeutiche;
- 3) i problemi sociali associati con le politiche sanitarie, la medicina del lavoro, la sanità internazionale, le politiche di controllo demografico;
- 4) i problemi della vita animale e vegetale in relazione con la vita dell'uomo.

Le finalità della bioetica consistono nell'analisi razionale dei problemi morali legati alla biomedicina e della loro connessione con gli ambiti del diritto e delle scienze umane.

Esse implicano la elaborazione di linee etiche fondate sui valori della persona e sui diritti dell'uomo, rispettose di tutte le confessioni religiose, con fondazione razionale e metodologia scientificamente adeguata.

Tali linee etiche hanno anche finalità applicativa, per l'orientamento che potrà essere impresso, oltre che alla condotta personale, anche al diritto *condendo* e ai Codici

Deontologici professionali attuali e futuri.

La *deontologia medica* disciplina il comportamento professionale specifico delle singole professioni sanitarie. Questa disciplina include tre ordini di norme:

- 1) le norme morali, oggetto dell'etica tradizionale, e oggi considerate all'interno della bioetica, alla cui costruzione l'etica medica ha preparato il terreno;
- 2) le norme deontologiche propriamente dette, raccolte nei Codici e in tutta la tradizione orale e scritta della professione medica;
- 3) le norme giuridiche proprie di ciascun paese, spesso riprese nel Codice Deontologico.

Finalità della deontologia medica sono dunque la codifica e l'aggiornamento delle norme e regole di condotta di una certa categoria di professionisti.

LA LEGGE SULLA PROCREAZIONE ASSISTITA

Con la Legge 19 febbraio 2004, n. 40 recante “norme in materia di procreazione medicalmente assistita” pubblicata sulla “*Gazzetta Ufficiale*” del 24 febbraio 2004, n. 45, il legislatore ha colmato un vuoto legislativo da anni ormai creatosi nel nostro ordinamento giuridico, fatta eccezione per alcune circolari e ordinanze del Ministero della Sanità, che hanno comunque svolto un ruolo di notevole importanza.

La questione della procreazione assistita è certamente tema delicato e complesso che coinvolge le coscienze di tutti i cittadini, comportando valutazioni etiche di carattere strettamente personale.

Duro lo scontro tra laici e cattolici, a volte spaccati anche all'interno dei loro schieramenti.

In questa sede, tuttavia, ci limiteremo ad analizzare e cosa prevede la difficile legge sulla procreazione medicalmente assistita, senza voler assumere posizioni in merito.

Che cos'è la fecondazione assistita?

Si tratta di una fecondazione ottenuta attraverso l'inseminazione artificiale e non tramite rapporti sessuali.

Più precisamente, le tecniche fecondative consistono nella manipolazione di uno o entrambi i gameti (ovulo e spermatozoo), qualora il concepimento naturale risulti impossibile.

Fondamentale distinzione è quella tra:

- *fecondazione in vivo*: si realizza attraverso la manipolazione di un solo gamete (quello maschile), che viene introdotto nell'apparato genitale femminile per consentire una fecondazione naturale dell'ovocita;
- *fecondazione in vitro* (c.d. FIVET): si realizza attraverso intervento su entrambi i gameti; si sostituisce al processo fisiologico naturale in quanto il concepimento avviene in laboratorio (in pr ovetta) e l'uovo fecondato viene successivamente impiantato nell'uter o della donna che conduce a termine la gravidanza.

Quali sono le finalità perseguite dalla legge?

Il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è consentito, alle condizioni e secondo le modalità previste dalla legge, per favorire la soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dalla infertilità umana, qualora non vi siano altri metodi terapeutici efficaci per rimuovere le cause di sterilità o di infertilità (art. 1, commi 1 e 2).

L'art. 4, comma 1, precisa che *l'accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita* è consentito solo quando sia accertata (dal medico) l'impossibilità di eliminare altrimenti le cause che impediscono la procreazione.

L'impiego delle tecniche di procreazione è, in ogni caso, limitato ai casi di:

- sterilità o di infertilità inspiegabili (documentate da atto medico);
- sterilità o di infertilità da causa accertata e certificata da atto medico.

Rilevante è, dunque, il ruolo svolto dal medico, la cui valutazione funge da vero e proprio filtro di accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

Ulteriore finalità evidenziata dall'art. 1, comma 1, è quella di permettere il ricorso alla procreazione assistita solo qualora vengano assicurati i diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito.

Interventi contro la sterilità e la infertilità

Secondo l'art. 2 della legge n. 40/2004, il Ministero della salute, sentito il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, può:

- promuovere ricerche sulle cause patologiche, psicologiche, ambientali e sociali dei fenomeni della sterilità e della infertilità;
- favorire gli interventi necessari per rimuovere le cause suddette;
- incentivare gli studi e le ricerche sulle tecniche di crioconservazione (congelamento) dei gameti;
- promuovere campagne di informazione e di prevenzione dei fenomeni della sterilità e della infertilità.

Per le finalità sopra elencate la legge autorizza lo stanziamento di 2 milioni di euro a decorrere dal 2004 (art. 2, comma 2).

Il successivo art. 3, modificando la legge 29 luglio 1975, n. 405, attribuisce al servizio di assistenza alla famiglia e alla maternità nuove competenze che si traducono:

- nell'informazione e nell'assistenza relativamente ai problemi della sterilità e della infertilità umana, nonché alle tecniche di procreazione medicalmente assistita;
- nell'informazione sulle procedure per l'adozione e l'affidamento familiare.

È consentita la fecondazione eterologa?

No. L'art. 4, comma 3, vieta espressamente il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo *eterologo* (vale a dire il ricorso al materiale biologico di un donatore estraneo alla coppia).

Ne deriva che la coppia che non riesce ad avere un figlio potrà ricorrere alle sole tecniche di fecondazione artificiale *omologa*, dove i gameti (ovulo e spermatozoo) utilizzati provengono dagli stessi componenti della coppia.

Chi può ricorrere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita?

In base all'art. 5, l'accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è ammesso alle coppie che presentano le seguenti caratteristiche:

- maggiorenni;
- di sesso diverso;
- coniugate o conviventi (sì, dunque, alle coppie di fatto);
- in età potenzialmente fertile (ciò per evitare il fenomeno delle "mamme-nonne"; scelta legislativa collegata al principio costituzionale del "dover e diritto di mantenere, istruire e educare i figli");
- entrambi viventi.

Restano, dunque, esclusi dal ricorso alle tecniche suddette:

- i *single* (solo in alcuni Paesi, come Spagna, Regno Unito e diversi Stati americani, le donne *single* sono legittimate a ricorrere alla fecondazione artificiale);
- le coppie omosessuali;
- le coppie non conviventi.

Inoltre, la legge, richiedendo che la coppia sia formata da due persone entrambe viventi, bandisce la inseminazione c.d. *post-mortem* (ammessa, seppure con talune limitazioni, in Spagna, Regno Unito e in molti Stati americani).

Consiste nella fecondazione eseguita sulla donna, una volta morto il marito o il *partner*, grazie al congelamento delle cellule germinali.

I principi della gradualità e del consenso informato

L'art. 4, comma 2, detta i principi in base ai quali sono applicate le tecniche di procreazione medicalmente assistita.

Oltre a quello della *gradualità* per contenere l'invasività degli interventi ("gradualità, al fine di evitare il ricorso ad interventi aventi un grado di invasività tecnico e psicologi-

co più gravoso per i destinatari, ispirandosi al principio della minore invasività), è fissato il principio basilare e del *consenso informato* (noto nel mondo medico e giuridico), da realizzare secondo quanto stabilito dall'art. 6.

Pertanto, la coppia che possieda i "requisiti soggettivi" richiesti dall'art. 5 (maggiore età, sesso diverso, entrambi viventi, ecc.) deve essere e costantemente ("prima del ricorso ed in ogni fase di applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita") informata circa:

- i metodi, i problemi bioetici e i possibili effetti collaterali sanitari e psicologici conseguenti all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita;
- le probabilità di successo e i rischi derivanti dall'applicazione delle suddette tecniche;
- le relative conseguenze giuridiche per la donna, per l'uomo e per il nascituro.

Inoltre, prosegue l'art. 6, comma 1, alla coppia, come alternativa alla procreazione medicalmente assistita, deve essere prospettata la possibilità di ricorrere a procedure di adozione o di affidamento.

Tutte le informazioni che il medico è tenuto a dare (comprese quelle relative al grado di invasività delle tecniche procreative nei confronti sia della donna che dell'uomo) devono essere fornite:

- per ciascuna delle tecniche applicate;
- in modo tale da garantire il formarsi di una volontà consapevole e consapevolmente espressa.

L'art. 6, comma 2, stabilisce che nel caso in cui la coppia si rivolga a una struttura privata autorizzata, alla coppia stessa devono essere chiaramente prospettati i costi economici dell'intera procedura.

Vista l'importanza dell'atto (dal quale scaturiscono conseguenze giuridiche sia per la coppia che per il nascituro), *la volontà della coppia* di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita *deve essere espressa per iscritto* congiuntamente al medico responsabile della struttura, secondo modalità definite con decreto dei Ministri della

giustizia e della salute (art. 6, comma 3).

“Tra la manifestazione della volontà e l’applicazione della tecnica deve intercorrere un termine non inferiore a 7 giorni” (art. 6, comma 3).

Una volta iniziato il trattamento, è possibile cambiare idea?

Sì è possibile il ripensamento da parte di entrambi i membri della coppia che hanno richiesto di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, ma solo fino al momento della fecondazione dell’ovulo (art. 6, comma 3).

E il medico può decidere di non procedere alla procreazione medicalmente assistita?

Sì, il medico responsabile della struttura autorizzata può rifiutarsi, esclusivamente per motivi medico-sanitari, di procedere alla procreazione medicalmente assistita, purché fornisca alla coppia una motivazione scritta sulle ragioni della sua decisione (art. 6, comma 4).

Linee guida: come fare chiarezza sull’applicazione della legge sulla procreazione

Per fare chiarezza e fugare i dubbi relativi all’applicazione della legge in esame, l’art. 7 prevede che il Ministro della salute, avvalendosi dell’Istituto superiore di sanità, e previo parere del Consiglio superiore di sanità, emani, con proprio decreto, *linee guida* (da aggiornarsi periodicamente, almeno ogni tre anni) contenenti l’indicazione delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita ammesse.

Tali linee guida sono vincolanti per tutte le strutture autorizzate.

Come viene tutelato il nascituro?

Secondo quanto prevede l’art. 8, i nati a seguito dell’applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita, acquisiscono lo *status* di *figli legittimi* o di *figli*

riconosciuti della coppia che ha espresso il consenso informato di cui all'art. 6.

Al fine di tutelare i bambini nati a seguito dell'applicazione di tecniche *eterologhe* in violazione della legge 40/2004, l'art. 9, comma 1, sancisce il *divieto di disconoscimento* da parte del coniuge o convivente che abbia prestato il consenso (ricavabile da atti concludenti) all'inseminazione eterologa.

L'art. 9, comma 3, dispone che, nel caso sopra prospettato, il donatore di gameti (estraneo alla coppia) non acquisisce alcuna relazione giuridica parentale con il nato e non può far valere nei suoi confronti alcun diritto né essere titolare di alcun obbligo.

Ulteriore tutela risulta dal 2° comma dell'art. 9 che *fa divieto* alla madre del nato a seguito dell'applicazione di tecniche di procreazione medicalmente assistita (anche di tipo omologo) di avvalersi della *facoltà di non essere nominata*, ai sensi dell'art. 30, comma 1, del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 396/2000 (che legittima l'eventuale volontà della madre di non essere nominata quando la dichiarazione di nascita non sia fornita da uno dei genitori o da un procuratore speciale, ma dal medico o dalla ostetrica o da altra persona che ha assistito al parto).

L'art. 6, comma 5, stabilisce che alla coppia che richiede l'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita, al momento di accedervi, devono essere spiegate con chiarezza e mediante sottoscrizione le conseguenze giuridiche dell'art. 8 ("stato giuridico del nato") e dell'art. 9 ("divieto del disconoscimento della paternità e dell'anonimato della madre").

Gli interventi di procreazione assistita in quali strutture possono essere effettuati?

Gli interventi di procreazione medicalmente assistita possono essere realizzati nelle *strutture pubbliche e private*, autorizzate dalle regioni e iscritte in un apposito regi-

stro (art. 10, comma 1), istituito, con decreto del Ministro della salute, presso l'Istituto superiore di sanità (art. 11, comma 1) che raccoglie e diffonde le informazioni necessarie per la trasparenza e la pubblicità delle tecniche adottate (art. 11, comma 3).

L'iscrizione al registro è obbligatoria (art. 11, comma 2).

Spetterà alle stesse regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano definire con proprio atto, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge:

- i requisiti tecnico-scientifici e organizzativi delle strutture;
- le caratteristiche del personale delle strutture;
- i criteri per la determinazione della durata delle autorizzazioni e dei casi di revoca;
- i criteri per lo svolgimento dei controlli sul rispetto delle disposizioni della legge 40/2004 (art. 10, comma 2).

È possibile la sperimentazione sugli embrioni umani?

La risposta è contenuta nell'art. 13, comma 1, che vieta qualsiasi forma di sperimentazione su ciascun embrione umano.

Ulteriori divieti sono elencati nel 3° comma dell'art. 13. Precisamente, la legge sulla procreazione assistita vieta:

- la produzione di embrioni umani a fini di ricerca o di sperimentazione o comunque a fini diversi da quello previsto dalla legge;
- ogni forma di selezione a scopo *eugenetico* (ossia di selezione per migliorare la razza) degli embrioni e dei gameti ovvero interventi che attraverso tecniche di selezione, di manipolazione o comunque tramite procedimenti artificiali, siano diretti ad alterare il patrimonio genetico dell'embrione o del gamete ovvero a predeterminare caratteristiche genetiche (ad eccezione degli interventi aventi finalità diagnostiche secondo quanto prevede il 2° comma dell'art. 13);
- interventi di *clonazione* mediante trasferimento di nucleo o di scissione precoce dell'embrione o di

- ectogenesi sia a fini procreativi sia di ricerca;
- la fecondazione di un gamete umano con un gamete di specie diversa e la produzione di ibridi o di chimer e.

La ricerca clinica e sperimentale sugli embrioni è ammessa solo per perseguire finalità puramente terapeutiche e diagnostiche volte alla tutela della salute e allo sviluppo dell'embrione stesso, e sempre che non siano disponibili metodologie alternative (art. 13, comma 2).

Limiti all'applicazione delle tecniche sugli embrioni

No al congelamento e alla soppressione degli embrioni

L'art. 14, comma 1, vieta la crioconservazione (congelamento) e la soppressione di embrioni, fermo restando quanto previsto dalla legge n. 194/1978 (legge sull'aborto).

Si possono congelare solo in caso di gravi problemi di salute della donna

L'art. 14, comma 3, stabilisce un'eccezione per i casi in cui il trasferimento di embrioni risulti impossibile per grave e documentata causa di forza maggiore, relativa allo stato di salute della donna, non prevedibile al momento della fecondazione; in tali casi la crioconservazione degli embrioni è consentita fino alla data del trasferimento, da realizzarsi il prima possibile.

Quanti embrioni si possono produrre per ciclo di fecondazione assistita?

Non più di tre per volta, ovvero il numero necessario ad un unico e contemporaneo impianto (art. 14, comma 2).

Non si può tacere che proprio nei confronti di tale obbligo la comunità scientifica ha opposto forti resistenze.

Quali sono le punizioni previste per chi viola la legge?

Premesso che le condotte dell'uomo e della donna che richiedono l'applicazione delle tecniche non sono punite, l'apparato sanzionatorio predisposto dalla legge 40/2004

prevede numerosi illeciti a carico di chi le tecniche le applica, cui conseguono sanzioni amministrative pecuniarie, di natura accessoria (ad es. l'interdizione perpetua dall'esercizio della professione) e penali (la clonazione è punita con la reclusione fino a 20 anni), rapportate alla gravità delle violazioni delle disposizioni della legge.

L'art. 12 elenca i seguenti divieti generali con le relative sanzioni:

- chiunque utilizza a fini procreativi gameti di soggetti estranei alla coppia richiedente (ricorso all'eterologa) è punito con la *sanzione amministrativa pecuniaria da 300.000 a 600.000 euro*;
- chiunque applica le tecniche di procreazione medicalmente assistita in mancanza dei requisiti che permettono l'accesso alle tecniche stesse (non viventi, uno dei componenti minor enne, stesso sesso, non coniugati, non conviventi) è punito con la *sanzione amministrativa pecuniaria da 200.000 a 400.000 euro*;
- chiunque applica tecniche di procreazione medicalmente assistita senza aver raccolto il consenso informato dei richiedenti è punito con la *sanzione amministrativa pecuniaria da 5.000 a 500.000 euro*;
- chiunque applica tecniche di procreazione medicalmente assistita in strutture non autorizzate è punito con la *sanzione amministrativa pecuniaria da 100.000 a 300.000 euro*;
- chiunque realizza, organizza o pubblicizza la commercializzazione di gameti o embrioni o la surrogazione di maternità è punito con la *sanzione penale della reclusione da 3 mesi a 2 anni*, cui va aggiunta la *multa da 600.000 a un milione di euro*;
- in tutte le ipotesi di illecito sopra descritte, per l'esercente una professione sanitaria è disposta la *sospensione da 1 a 3 anni dall'esercizio professionale*;
- chiunque realizza un processo volto a ottenere la clonazione (cioè, "un processo volto a ottenere un essere umano discendente da un'unica cellula di parten-

za, eventualmente identico, quanto al patrimonio genetico nucleare, ad un altro essere in vita o morto”) è punito con la *sanzione penale della reclusione da 10 a 20 anni*, cumulata con la *multa da 600.000 a un milione di euro*. Il medico è punito altresì con *l'interdizione perpetua dall'esercizio della professione*,
 - anche la struttura sanitaria può essere sanzionata, attraverso la *sospensione dell'autorizzazione* (fino a un anno) se al suo interno sono eseguite pratiche vietate oppure tramite la *revoca dell'autorizzazione* stessa in caso di violazione di più divieti o nell'ipotesi di recidiva.

Ulteriori sanzioni sono previste dagli articoli 13 e 14, relativamente alla sperimentazione sugli embrioni umani e ai limiti all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

Vediamone alcune:

- *reclusione da 2 a 6 anni con multa da 50 mila a 150 mila euro* per chiunque compia qualsiasi sperimentazione su ciascun embrione umano. La *pena è aumentata in caso di aggravanti* (ad es. interventi di clonazione mediante scissione precoce dell'embrione, fecondazione di un gamete umano con un gamete di specie diversa, ecc.);
- *reclusione fino a 3 anni con multa da 50 mila a 150 mila euro* (e *sospensione fino a un anno dall'esercizio della professione sanitaria* in caso di condanna) per chiunque viola uno dei divieti elencati dall'art. 14 (ad es. divieto di crioconservazione, divieto di creare un numero di embrioni superior e a 3, ecc.).

Il personale sanitario può astenersi dal praticare la procreazione medicalmente assistita?

Sì. In base all'art. 16, comma 1, è riconosciuto al personale sanitario e a quello ausiliario l'esercizio dell'*obiezione di coscienza* (con preventiva dichiarazione), vale a dire la possibilità di non prendere parte alle procedure per l'ap-

plicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

La volontà dell'obiettore deve essere comunicata entro 3 mesi dall'entrata in vigore della presente legge (art. 16, comma 1).

L'obiezione può essere sempre revocata (art. 16, comma 2).

Il 3° comma dell'articolo in esame sottolinea che il personale sanitario e ausiliario, pur sollevando obiezione di coscienza, non è comunque esonerato dal prestare la propria assistenza relativamente alla fase antecedente e conseguente l'intervento di procreazione assistita.

Disposizioni transitorie

Importante l'art. 17, comma 1, che consente alle strutture sanitarie, iscritte nell'elenco predisposto presso l'Istituto superiore di sanità con ordinanza del Ministero della sanità del 1997, di applicare le tecniche di procreazione medicalmente assistita fino al nono mese successivo alla data di entrata in vigore della presente legge, nel rispetto comunque delle nuove disposizioni introdotte dalla stessa.

Le strutture sono, altresì, tenute (entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della legge) a trasmettere al Ministero della salute un elenco contenente il numero degli embrioni prodotti (prima dell'entrata in vigore della legge) e l'indicazione nominativa di coloro che hanno fatto ricorso alle tecniche di procreazione assistita. Per la violazione di questa disposizione è prevista la sanzione amministrativa pecuniaria da 25.000 a 50.000 euro (art. 17, comma 2).

Il 3° comma dell'art. 17 stabilisce che, entro 3 mesi dall'entrata in vigore della legge, il Ministero della salute definisce, con proprio decreto, le modalità e i termini di conservazione degli embrioni già prodotti.

Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita

Non rientrando le tecniche di procreazione medicalmente assistita tra i livelli essenziali di assistenza (quindi non rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale), per favorire comunque l'accesso alle tecniche stesse da parte dei soggetti in possesso dei requisiti richiesti dalla legge (maggiore età, sesso diverso, ecc) è istituito presso il Ministero della salute un fondo speciale (autorizzata la spesa di 6,8 milioni di euro a decorrere dal 2004), ripartito tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Cosa succederà alla legge?

Concludendo, non si può trascurare un dato di fatto e, cioè, che sulla legge incombe la "spada di Damocle" del *referendum* abrogativo.

Ricordiamo che l'art. 75 della Costituzione prevede che possa essere indetto *referendum* popolare per pervenire all'abrogazione totale o parziale di una legge, quando a richiederlo siano 500.000 elettori o 5 Consigli regionali (in passato sono state sottoposte a *referendum* abrogativo le leggi sui delicati temi dell'aborto e del divorzio).

IL TRAPIANTO

Che cosa s'intende per trapianto?

Per trapianto s'intende la sostituzione di un organo (o di un tessuto) ammalato con un altro sano.

Più esattamente, il trapianto (che per tanti pazienti costituisce una concreta speranza di vita) consiste nel prelevare un organo (cuore, reni, fegato, polmoni, ecc.) o un tessuto (pelle, ossa, tendini, cornee, ecc.) da un soggetto donatore (cadavere o vivente) per innestarlo su un soggetto ricevente (c.d. ospite).

Quali sono i tipi di trapianto?

Il trapianto può essere:

- *autologo*, quando donatore e ricevente sono la stessa persona (è il caso, ad es., del trasporto della cute da una sede all'altra dello stesso individuo);
- *omologo*, quando donatore e ricevente appartengono alla stessa specie;
- *eterologo*, quando donatore e ricevente appartengono a specie diversa (solo in via sperimentale).

Qual è la posizione della Chiesa cattolica nei confronti del trapianto?

La posizione ufficiale della Chiesa, orientata favorevolmente verso il trapianto in quanto strettamente connesso alla tutela della vita e della dignità umana, è sintetizzabile

nelle due seguenti pronunce:

- 1) “Il trapianto di organo è conforme alla legge morale e può essere meritorio se i danni e i rischi fisici e psichici in cui incorre il donatore (donazione da vivente!) sono proporzionali al bene che si ricerca per il destinatario” (Catechismo della Chiesa cattolica, capoverso 2296);
- 2) “Il progresso delle scienze biomediche ha reso possibile alle persone di proiettare oltre la morte la loro vocazione all’amore. Analogamente al mistero pasquale di Cristo, nel morire, la morte viene in certo qual modo vinta e la vita restituita... La morte e la resurrezione del Signore rappresentano l’atto supremo di amore che conferisce un profondo significato all’offerta di un organo da parte del donatore e per salvare un’altra persona” (Discorso di SS Giovanni Paolo II al 1° Congresso internazionale sui trapianti di organo).

Il trapianto di organi tra persone viventi

Il prelievo di organi tra persone viventi a scopo di trapianto terapeutico trova la propria causa giustificatrice nell’interesse non del donatore, ma del ricevente.

Va rimarcato che il trapianto è illecito qualora l’attività medica del prelievo implichi una diminuzione permanente dell’integrità fisica del donatore.

L’art. 5 del codice civile, infatti, stabilisce espressamente che gli atti di disposizione del proprio corpo (o di parti di esso) sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente dell’integrità fisica, o quando siano contrari alla legge, all’ordine pubblico, al buon costume.

In deroga a quanto sancito dall’art. 5 del c.c., alcune leggi consentono di disporre (a titolo gratuito e ai fini del trapianto) del proprio rene, di parti del fegato e del proprio sangue midollare.

Trapianto del rene

La legge n. 458/1967 consente di disporre a titolo gratuito del proprio rene al fine del trapianto tra persone viventi.

La deroga è consentita ai genitori, ai figli, ai fratelli germani o non germani del paziente che siano maggiorenni.

Solo nel caso che il paziente non abbia consanguinei o nessuno di essi sia idoneo e disponibile, la deroga può essere consentita anche ad altri parenti o a donatori esterni (art. 1).

La donazione di un rene può essere autorizzata, a condizione che il donatore abbia raggiunto la maggiore età, sia in possesso della capacità di intendere e di volere, sia a conoscenza dei limiti della terapia del trapianto del rene tra viventi e sia consapevole delle conseguenze personali che il suo sacrificio comporta (art. 2).

Il trapianto di rene legittimamente prelevato e destinato ad un determinato paziente non può aver luogo senza il consenso di questo o in assenza di uno stato di necessità (art. 4).

Il Ministero della Sanità ha dettato le seguenti *linee guida* per il trapianto renale da donatore vivente:

- 1) Il trapianto di rene da donatore vivente ha luogo nei centri trapianto autorizzati dal Ministero della Sanità nel rispetto delle procedure indicate dalla normativa in vigore.
- 2) L'attività di trapianto da donatore vivente ha carattere aggiuntivo e non sostitutivo all'attività di trapianto da donatore cadavere: richiede il raggiungimento di elevati standard di qualità definiti e verificati dal Centro Nazionale per i trapianti; non deve limitare le attività di donazione, prelievo e trapianto da donatore e cadavere.
- 3) Il prelievo di un rene da un donatore vivente viene effettuato su esplicita, motivata, libera richiesta del donatore e del ricevente, dopo una corretta e com-

- pleta informazione dei potenziali rischi per il donatore, per il beneficio terapeutico del paziente.
- 4) Dall' 1/1/2001 i candidati a ricevere e il trapianto di rene da donatore vivente vengono registrati presso il Centro di riferimento regionale o interregionale ed informati sulla possibilità di essere iscritti anche in lista da donatore cadavere.
 - 5) Sul donatore vengono effettuati accertamenti clinici che escludano la presenza di specifici fattori di rischio in relazione a precedenti patologie del donatore ed accertamenti immunologici che evidenzino il grado di compatibilità tra donatore e ricevente.
 - 6) Sul donatore viene effettuato anche un accertamento che verifichi le motivazioni della donazione, la conoscenza di potenziali fattori di rischio e delle reali possibilità del trapianto in termini di sopravvivenza dell'organo e del paziente, l'esistenza di un legame affettivo con il ricevente (in assenza di consanguineità o di legame di legge) e la reale disponibilità di un consenso libero ed informato. L'accertamento di cui a questo comma, viene condotto da una parte terza individuata dal Centro regionale di riferimento, e viene effettuato in modo indipendente dai curanti del ricevente (chirurgo trapiantatore e neurologo).
 - 7) In ogni caso la donazione non dà luogo a compensi né diretti, né indiretti, né a benefici di qualsiasi altra natura.
 - 8) In ogni caso il consenso può venire ritirato in qualsiasi momento prima del trapianto.
 - 9) Dall'1/1/2001 il Centro Nazionale Trapianti riceve le segnalazioni dei candidati al trapianto di rene da donatore vivente ed il follow-up dei donatori e dei pazienti trapiantati.
 - 10) Il Centro Nazionale Trapianti sorveglia che il trapianto da vivente sia svolto nel rispetto dei principi cardine dei trapianti: trasparenza, equità, sicurezza, qualità.

Trapianto del fegato

La legge n. 483/1999 ammette la possibilità di donare (a titolo gratuito) una parte del proprio fegato a chi ne ha bisogno per continuare a vivere.

Si applicano in quanto compatibili le disposizioni della legge n. 455/1967 (sul trapianto del rene).

Donazione del midollo osseo

La legge n. 52/2001 regola le modalità di donazione del midollo osseo e detta i diritti e i doveri dei donatori, integrando la disciplina del prelievo delle cellule staminali, midollari e periferiche a scopo di trapianto di cui alla legge n. 107/1990 e successive modificazioni.

La legge del 2001 è importante in quanto riconosce quale unica struttura di interesse nazionale il Registro nazionale italiano dei donatori di midollo osseo, registro già istituito e gestito dall'ente ospedaliero "Ospedale Galliera" di Genova, presso cui ha sede.

I compiti del "Registro nazionale" sono quelli di:

- coordinare le attività dei Registri istituiti a livello regionale;
- promuovere la ricerca di donatori non consanguinei e tenere il registro nazionale dei donatori.

La legge subordina la donazione di midollo osseo a specifici requisiti. Vale a dire:

- la donazione deve essere un atto volontario e gratuito;
- possono essere donatori solo i cittadini maggiorenni, iscritti nel Registro nazionale e sottoposti a prelievo per l'accertamento del sistema genetico solo presso una struttura autorizzata.

Viene garantito anche il diritto-dovere del donatore di midollo osseo di mantenere l'anonimato sia nei confronti del ricevente che dei terzi.

Per l'espletamento di tutte le operazioni relative alla donazione (prelievi e accertamenti) viene sancito il diritto per il donatore, con rapporto di lavoro dipendente, di disporre di permessi retribuiti per il tempo occorrente, oltre

a quello di conservar e la normale retribuzione per le giornate di degenza necessarie al prelievo di sangue midollare, e per quelle successive alla donazione, e per il completo ripristino dello stato fisico.

Il trapianto di organi e tessuti da un cadavere a una persona vivente

Il trapianto di organi e tessuti da un cadavere a una persona vivente ha sollevato accese polemiche, soprattutto alla luce della nuova legge del 1999, la n. 91 (" *Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti*" pubblicata sulla *Gazzetta ufficiale* del 15 Aprile 1999, n. 87).

Tale legge, infatti, ha introdotto il principio del *silenzio-assenso* (il punto più controverso dell'intera legge), in base al quale ogni cittadino maggiorenne è tenuto a dichiarare la propria volontà sulla donazione dei propri organi e tessuti, dopo essere stato informato che la mancata dichiarazione di volontà è considerata quale assenso alla donazione.

Oltre alla disciplina relativa alla prestazione del consenso al prelievo dei propri organi *post-mortem*, la legge del 1999, affidando al Servizio sanitario nazionale l'organizzazione dell'intero sistema dei trapianti, afferma la necessità di *informare e sensibilizzare tutti i cittadini* circa le finalità e le caratteristiche dei trapianti di organi a scopo terapeutico.

L'informazione deve provenire da tutti, istituzioni e volontariato, e deve essere diretta (secondo quanto dispone l'art. 2 della legge 91/99) a diffondere tra i cittadini:

- la conoscenza delle disposizioni della legge 91/99, nonché della legge n. 578/1993 (che ha sancito il principio generale della *morte cerebrale* o *encefalica* quale condizione su cui stabilire la fine dell'esistenza di un determinato individuo) e del relativo regolamento di attuazione (D.M. 582/1994);
- la conoscenza di stili di vita utili a prevenire l'insor-

- genza di patologie che possano richieder e come terapia anche il trapianto di organi;
- la conoscenza delle possibilità terapeutiche e delle problematiche scientifiche collegate al trapianto di organi e di tessuti.

Quali sono le finalità della legge 91/’99?

Le finalità della legge 91/’99 sono contenute nell’art. 1 che recita:

“1. La presente legge disciplina il prelievo di organi e di tessuti da soggetto di cui sia stata accertata la morte ai sensi della legge 29 dicembre 1993, n. 578, e regolamento le attività di prelievo e di trapianto di tessuti e di espianto e di trapianto di organi.

2. Le attività di trapianto di organi e di tessuti ed il coordinamento delle stesse costituiscono obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale. Il procedimento per l’esecuzione dei trapianti è disciplinato secondo modalità tali da assicurare e il rispetto dei criteri di trasparenza e di pari opportunità tra i cittadini, prevedendo criteri di accesso alle liste di attesa determinate da parametri clinici ed immunologici”.

Quando è possibile il prelievo di organi e di tessuti?

Secondo quanto dispone l’art. 3 della legge n. 91/’99, il prelievo di organi e tessuti è consentito esclusivamente quando sia stata accertata la morte cerebrale del soggetto donatore ai sensi della legge 578/’93 e relativo regolamento di attuazione (D.M. 582/1994).

Che cosa s’intende per morte cerebrale?

La definizione di morte cerebrale è data dall’art. 1 della legge 578/’93 (“Norme per l’accertamento e la certificazione di morte”), secondo il quale “La morte s’identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell’encefalo”.

La morte cerebrale, dunque, è una condizione irreversibile provocata dalla totale e definitiva perdita delle funzioni cerebrali.

La morte cerebrale va tenuta distinta dallo *stato di coma*, in quanto, mentre *in caso di morte cerebrale* tutte le cellule cerebrali sono morte e pertanto non esiste alcuna possibilità di reversibilità della condizione, *in caso di coma*, anche se la coscienza è assente, le cellule sono vive: mandano un chiaro segnale elettrico e assicurano alcune funzioni cerebrali.

Il paziente in coma, dunque, è vivo e può essere curato.

È importante segnalare l'impossibilità di confondere, attraverso la procedure diagnostiche a disposizione dei medici, il coma con la morte cerebrale.

Come si accerta la morte cerebrale?

Quanto all'accertamento della morte, l'art. 2 (commi 1 e 2) della legge 578/1993 spiega:

“La morte per arresto cardiaco si intende avvenuta quando la respirazione e la circolazione sono cessate per un intervallo di tempo tale da comportare la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo e può essere accertata con le modalità definite con decreto emanato dal Ministro della sanità.

La morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie si intende avvenuta quando si verifica la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo ed è accertata con le modalità clinico strumentali definite con decreto emanato dal Ministro della sanità”.

Nel caso di decesso per arresto cardiaco, l'accertamento può essere effettuato da un medico con il rilievo grafico continuo dell'elettrocardiogramma protratto per non meno di 20 minuti primi (art. 1 D.M. 582/94).

Nel caso di soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie, la morte è accertata quando sia riscontrata, durante il periodo di osservazione, la contemporanea presenza delle condizioni indicate dall'art. 3, comma 1, del D.M. 582/94, riassumibili come segue:

- a) stato di incoscienza;

- b) assenza di riflessi e di reazioni a stimoli dolorifici;
- c) assenza di respiro spontaneo;
- d) assenza di attività elettrica cerebrale (c.d. silenzio elettrico).

Il 2° comma dell'art. 3 del D.M. 582/'94 chiarisce che i riflessi spinali, spontanei o provocati, non hanno nessuna rilevanza ai fini dell'accertamento della morte, in quanto essi sono compatibili con la condizione di cessazione irreversibile di tutte le funzioni encefaliche.

Chi accerta la morte cerebrale?

L'accertamento e la certificazione di morte cerebrale sono effettuati da un collegio di medici nominati dalla direzione sanitaria; si tratta di medici diversi da chi ha constatato per primo la morte (sul quale grava l'obbligo di segnalare lo stato di morte encefalica alla direzione sanitaria) e indipendenti dal gruppo (dall'équipe medica) che procede al prelievo o al trapianto.

Il *collegio medico*, cui spetta l'accertamento della morte dei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie, è composto:

- da un medico legale o, in mancanza, da un medico di direzione sanitaria o da un anatomopatologo;
- da un medico specialista in anestesia e rianimazione;
- da un medico neurofisiopatologo o, in mancanza, da un neurologo o da un neurochirurgo esperti in elettroencefalografia (art. 2, comma 5, legge 578/'93).

È necessario che il collegio medico esprima un *giudizio unanime* sul momento della morte (art. 2, comma 9, legge 578/'93).

Quanto dura l'osservazione ai fini dell'accertamento della morte?

Il collegio medico verifica il perdurare delle condizioni che hanno determinato il momento della morte per un *periodo di osservazione* non inferiore a:

- a) sei ore per gli adulti e i bambini in età superior e a cinque anni;
- b) dodici ore per i bambini di età compr esa tra uno e cinque anni;
- c) ventiquattro ore nei bambini di età inferior e a un anno (art. 4, comma 1, D.M. 582/'94).

Nel caso dei neonati, l'accertamento della morte può essere eseguito solo quando la nascita sia avvenuta almeno dopo 38 settimane di gravidanza e comunque dopo una settimana di vita extrauterina (art. 3, comma 3, D.M. 582/'94).

La legge n. 91/'99 pr evede all'art. 3, comma 2, che, all'inizio del periodo di osservazione ai fini dell'accertamento di morte, i medici (delle struttur e sanitarie accreditate) debbano fornire ai *congiunti* della persona da sottoporre ad osservazione le infor mazioni:

- sulle opportunità terapeutiche per le persone in attesa di trapianto;
- sulla natura e sulle cir costanze del prelievo.

Quali organi non possono essere prelevati?

L'art. 3 della legge 91/'99 vieta il pr elievo delle *gonadi* e dell'*encefalo*. Inoltre fa divieto di manipolar e geneticamente gli embrioni, anche ai fini del trapianto.

Infine, l'art. 6 specifica che i pr elievi di organi e di tessuti possono esser e attuati esclusivamente a scopo terapeutico (esclusi dunque i trapianti con finalità estetiche).

Come si esprime la volontà di donare?

a) silenzio-assenso

Come già anticipato, il principio cardine dell'intera legge del 1999, la n. 91, è quello del *silenzio-assenso* che, tuttavia, non è ancora in vigor e in quanto mancano le condizioni per la sua applicazione (quali un'adeguata campagna di infor mazione, il registro informatico nazionale, la notifica ad ogni cittadino).

L'art. 4, comma 1, af ferma che: "... i cittadini sono tenuti

a dichiarare la propria libera volontà in ordine alla donazione di organi e tessuti del proprio corpo successivamente alla loro morte, e sono informati che la mancata dichiarazione di volontà è considerata quale assenso alla donazione...”.

L'art. 5 specifica che la mancata risposta entro 90 giorni dalla notificazione della richiesta comporta la presunzione dell'assenso al prelievo.

Coloro ai quali, invece, non sia stata notificata la richiesta di manifestazione della propria volontà in ordine alla donazione di organi e di tessuti sono considerati *non donatori* (art. 4, comma 2).

Nel caso di *minori di età*, ai sensi dell'art. 4, comma 3, “la dichiarazione di volontà in ordine alla donazione è manifestata dai genitori esercitanti la potestà”; se essi sono in disaccordo, non si può procedere alla donazione.

Nessuna volontà può essere, invece, manifestata per:

- i nascituri;
- le persone prive della capacità di agire;
- i minori affidati o ricoverati presso istituti di assistenza pubblici o privati (art. 4, comma 3).

In pratica, per i soggetti sopra indicati la legge prevede l'impossibilità di procedere al prelievo di organi.

Dalla lettura del 4° comma dell'art. 4 emerge chiaramente che un soggetto è considerato *donatore* sia che *dichiari* sia che *non dichiari* la propria volontà in ordine alla donazione.

Infatti, il prelievo di organi e di tessuti successivamente alla dichiarazione di morte è consentito:

- nel caso in cui dai dati inseriti nel sistema informativo dei trapianti ovvero dai dati registrati sui documenti sanitari personali risulti che il soggetto stesso si sia dichiarato favorevole al trapianto;
- qualora dai dati inseriti nel sistema informativo dei trapianti risulti che il soggetto sia stato informato e non abbia espresso alcuna volontà.

A salvaguardia dell'autonomia decisionale del cittadino,

l'art. 4, comma 5, prevede che, qualora risulti che il soggetto sia stato informato e non abbia espresso alcuna volontà, non è possibile procedere al prelievo se viene presentata (da parte dei familiari), entro le ore in cui si svolge il periodo di osservazione richiesto dalla legge per l'accertamento della morte, una *dichiarazione autografa* del defunto contraria al prelievo.

Il prelievo eseguito in violazione delle disposizioni che regolano la manifestazione della volontà a donare è punito con la reclusione fino a due anni e con la pena accessoria dell'interdizione fino a due anni dall'esercizio della professione sanitaria (art. 4, comma 6).

b) consenso e dissenso esplicito

Mancando allo stato attuale un'anagrafe informatizzata dei cittadini assistiti dal Servizio sanitario nazionale che renda possibile la notifica a ciascuno di un modulo per la dichiarazione di volontà, nella fase transitoria l'art. 23 della legge n. 91/99 stabilisce il principio del *consenso* e del *dissenso esplicito*.

La dichiarazione della volontà di donare e gli organi è regolamentata anche dal decreto ministeriale dell'8 aprile 2000 che però non ha introdotto modifiche di rilievo all'attuazione del sistema previsto dalla legge n. 91/99.

In ogni caso, in questa fase transitoria, a tutti i cittadini viene riconosciuta la possibilità (e non l'obbligo) di dichiarare la propria volontà in ordine alla donazione dei propri organi.

Le modalità per dichiarare la propria volontà sono:

- la compilazione del *tesserino blu* di "dichiarazione di volontà sulla donazione di organi e tessuti" che il Ministero della sanità ha inviato a tutti i cittadini con le schede elettorali del 21 maggio 2000. Il modulo deve essere conservato insieme ai documenti personali;
- una dichiarazione scritta su un comune foglio bianco che riporti (come stabilito dal decreto dell'8 aprile 2000) nome, cognome, data e luogo di nascita, esplicita attestazione di assenso o dissenso, data e firma;

- la registrazione della propria volontà presso gli sportelli delle ASL di appartenenza;
- la tessera dell'AIDO ("Associazione Italiana Donatori Organi" nata nel 1973 per opera di volontari) o di un'altra associazione di volontariato o di pazienti.

Se un cittadino non esprime la propria volontà, al momento attuale, la legge consente ai familiari di presentare un'opposizione (scritta) al prelievo entro la scadenza del periodo richiesto dalla legge per l'osservazione ai fini dell'accertamento della morte.

I familiari legittimati sono elencati in alternativa: "il coniuge non separato o il convivente more uxorio o, in mancanza di questi ultimi, i genitori ovvero il rappresentante legale" (art. 23, comma 2, l. 91/99).

Tuttavia, se dai documenti personali o dalle dichiarazioni depositate presso le ASL di appartenenza risulta che il soggetto abbia espresso volontà favorevole al prelievo di organi e di tessuti, l'opposizione dei familiari non è consentita, sempre che, infine, i familiari non presentino una successiva dichiarazione di volontà del defunto, della quale siano in possesso, contraria al prelievo (art. 23, comma 3).

Schematicamente si può concludere che:

- 1) se il cittadino ha espresso in vita volontà favorevole al prelievo di organi e di tessuti: l'opposizione dei familiari non ha alcun valore;
- 2) se il cittadino ha esplicitamente negato il proprio assenso: non è consentito procedere al prelievo di organi e di tessuti;
- 3) se il cittadino non si è espresso: il prelievo è consentito sempre che i familiari non si oppongano.

Qual è il regime sanzionatorio previsto dalla legge 91/99?

Due sono le figure delittuose punite dall'art. 22 della legge 91/99:

- 1) il delitto di commercio di organi e di tessuti;
- 2) il prelievo abusivo di organi e tessuti.

- 1) Chiunque procura per scopo di lucro o un organo e/o tessuto prelevato da un soggetto di cui sia stata accertata la morte, o ne fa comunque commercio è punito con la reclusione da 2 a 5 anni e con la multa da lire 20 milioni a lire e 300 milioni (da convertire in euro). Se il fatto è commesso da persona che esercita una professione sanitaria, alla condanna consegue l'interdizione professionale dall'esercizio della professione (art. 22, comma 3).
- 2) Chiunque procura, senza scopo di lucro o (altrimenti si versa nell'ipotesi delittuosa punita dal 3° comma dell'art. 22), un organo o un tessuto prelevato abusivamente da un soggetto di cui sia stata accertata la morte è punito con la reclusione fino a due anni. Se il fatto è commesso da persona che esercita una professione sanitaria, alla condanna consegue l'interdizione temporanea fino ad un massimo di cinque anni dall'esercizio della professione (art. 22, comma 4).

EUTANASIA

Per eutanasia – dal greco *eu thanatos* (“buona morte”) – non s’intende la morte indolor e sopraggiunta naturalmente, ma quella procurata dal medico o da terzi (es. familiari) allo scopo di evitare gravi ed inutili sofferenze ai malati incurabili (c.d. terminali).

Il Comitato nazionale di Bioetica, nella relazione al Presidente del Consiglio del 14 luglio 1995, ha definito l’eutanasia come l’uccisione “diretta e volontaria di un paziente terminale in condizione di grave sofferenza e su sua richiesta”.

L’eutanasia si differenzia, quindi, dal suicidio in quanto siamo in presenza dell’agire di un’altra persona (il più delle volte di un medico) sulla vita altrui.

Da sempre, infatti, il medico ha dovuto rispondere e alla richiesta dei pazienti sofferenti di anticipare loro la morte.

Il divieto del medico di farsi arbitro della vita e della morte dei propri pazienti venne sancito nel “*Giuramento d’Ippocrate*”: “*Non darò a nessuno alcun farmaco mortale neppure se richiesto, né mai proporrò un tale consiglio*”.

Lo stesso divieto è ribadito nel *Codice di deontologia medica* (1998) all’art. 36: “*Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti diretti a provocarne la morte*”.

Il dibattito relativo alla liceità dell’eutanasia è un dibattito antico, che nel tempo si è arricchito di numerosi ed ete-

rogenei interventi.

Ai sostenitori della legalità dell'eutanasia, che si battono per riconoscere agli individui il diritto a morir e con dignità, si è da sempre e opposta la Chiesa Cattolica incentrando la questione sulla sacralità della vita e l'indisponibilità della stessa da parte dell'uomo.

Nella Dichiarazione sull'eutanasia del 5 maggio 1980 (pubblicata il 26 giugno) la Sacra Congregazione per la Dottrina della Fede, dopo aver definito l'eutanasia come *“l'azione o l'omissione che, di natura sua, o nelle intenzioni, procura la morte allo scopo di eliminare ogni dolore”* dispone che *“nessuno può autorizzare l'uccisione di un essere umano innocente, feto o embrione che sia, bambino o adulto, vecchio, ammalato incurabile o agonizzante. Nessuno inoltre può richiedere questo gesto omicida per sé stesso o per un altro affidato alla sua responsabilità, né può acconsentirvi esplicitamente o implicitamente. Nessuna autorità può legittimamente imporlo né permetterlo”*.

In tal senso anche la posizione di Papa Giovanni Paolo II che, nell'Enciclica *Evangelium Vitae* sul valore e l'invulnerabilità della vita umana del 25 marzo 1995 (n. 66), afferma con forza che *“Anche se non motivata dal rifiuto egoistico di farsi carico dell'esistenza di chi soffre, l'eutanasia deve dirsi una falsa pietà, anzi una preoccupante “perversione” di essa: la vera “compassione”, infatti, rende solidale col dolore altrui, non sopprime colui del quale non si può sopportare la sofferenza”*.

Quali sono le forme di eutanasia?

L'eutanasia “pietosa” viene solitamente distinta in:

- 1) *eutanasia attiva* (c.d. *mercy-killing*) che comprende qualsiasi comportamento attivo del medico o di terzi diretto a cagionare la morte indolor e del malato incurabile (ad es. attraverso la somministrazione di farmaci o sostanze letali);
- 2) *eutanasia passiva* che consiste nell'interruzione del

trattamento terapeutico necessario al mantenimento in vita del paziente;

- 3) *eutanasia consensuale ed eutanasia non consensuale* a seconda che sussista o meno il consenso all'atto eutanasiaco della persona malata;
- 4) *eutanasia indiretta* che ricorre quando la morte è effetto secondario (non voluto) di cure volte a ridurre i dolori dei malati terminali (le c.d. cure palliative), ma non a produrre l'effetto letale.

Che cosa sono le cure palliative?

Sono quelle cure fisiche ma anche psicologiche dirette a contenere (a combattere) il dolore del paziente terminale. Il loro principale obiettivo non è quello di prolungare la vita, ma di migliorarne la qualità.

Il nostro ordinamento ha espresso una posizione di favore nei confronti delle cure palliative con la legge 8 febbraio 2001, n. 12 contenente le "Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore".

Dello stesso avviso è il Codice di Deontologia medica (1998) che all'art. 37 stabilisce che "in caso di malattia a prognosi sicuramente infausta o pervenuta alla fase terminale, il medico deve limitare la sua opera all'assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità della vita".

Qual è l'inquadramento giuridico dell'eutanasia?

Premesso che nel nostro ordinamento manca una disciplina specifica in materia di eutanasia, sotto il profilo penale l'atto eutanasiaco viene ricondotto a due diverse figure criminose:

- 1) *omicidio del consenziente*. L'art. 579 c.p. stabilisce: "Chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui, è punito con la reclusione da sei a quindici anni.

Non si applicano le aggravanti indicate nell'articolo 61. Si applicano le disposizioni relative all'omicidio se il fatto è commesso:

- 1) contro una persona minore degli anni diciotto;*
- 2) contro una persona inferma di mente, o che si trova in condizioni di deficienza psichica, per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcooliche o stupefacenti;*
- 3) contro una persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpito con inganno”.*

Analizzando l'articolo balza immediatamente agli occhi l'assenza di ogni riferimento alle motivazioni pietistiche dell'uccisione, che caratterizzano, invece, l'eutanasia.

L'elemento caratterizzante questa figura speciale di omicidio doloso (ossia posto in essere e intenzionalmente) è il consenso della vittima.

Ai fini della riconduzione dell'eutanasia nell'ambito di questa figura giuridica si pone il problema della validità del consenso alla propria uccisione espresso dalla vittima (nel nostro caso, il malato terminale).

Infatti, il 3° comma dell'art. 579 c.p. nega la validità del consenso espresso da una persona “inferma di mente o che si trovi in condizioni di deficienza psichica, per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcooliche o stupefacenti”.

Proprio per questo molti studiosi ritengono che una malattia allo stadio terminale, comportando insopportabili tormenti psicofisici, possa provocare nel paziente la deficienza psichica che rende invalido il consenso. Ne deriverebbe, pertanto, l'impossibilità di inquadrare l'atto eutanasiaco nell'ambito della figura criminosa dell'omicidio del consenziente e inevitabilmente la riconduzione in quello dell'*omicidio volontario* (art. 575 c.p.).

- 2) istigazione o aiuto al suicidio. L'art. 580 c.p. prevede che: “Chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in*

qualsiasi modo l'esecuzione, è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni. Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da uno a cinque anni, sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima.

Le pene sono aumentate se la persona istigata o eccitata o aiutata si trova in una delle condizioni indicate nei numeri 1 e 2 dell'articolo precedente. Nondimeno, se la persona suddetta è minore degli anni quattordici o comunque è priva della capacità d'intendere o di volere, si applicano le disposizioni relative all'omicidio".

È opportuno sottolineare che il nostro ordinamento non punisce il suicidio (cioè non considera il suicidio come reato), ma la partecipazione all'altrui suicidio; questa partecipazione può essere *psichica* (ad es. quando si determina o si rafforza l'altrui proposito suicida) oppure *fisica* (ad es. quando si favorisce in qualunque modo l'attuazione del proposito medesimo).

Il reato in esame si distingue dall'omicidio del consenziente in quanto è la persona stessa che si procura la morte sia pure con il contributo indiretto di un altro soggetto (è ad es. il caso del malato che decide quando e come ingerire da solo il farmaco letale consigliatogli o fornitogli dal medico); nel caso del reato previsto dall'art. 579 c.p. è un soggetto terzo che dispone della vita altrui sia pure con il consenso della vittima (è il caso del medico che su richiesta del paziente gli somministra direttamente il farmaco letale).

Com'è disciplinata l'eutanasia negli altri Paesi?

Belgio: l'eutanasia è stata legalizzata con una legge del 2002. Non commette reato il medico che pratici l'eutanasia su un paziente maggiorenne dopo aver accertato la sussistenza di una malattia incurabile e diretta a provocare una sofferenza psico-fisica insopportabile.

Cina: una legge del 1998 autorizza l'eutanasia sui malati terminali praticata dagli ospedali.

Danimarca: il malato incurabile può sospendere il trattamento medico. Inoltre è riconosciuta validità al c.d. testamento biologico.

Francia: l'eutanasia è illegale, ma nel 2000 il *Comité national d'éthique pour le sciences de la vie e de la santé* ha proposto di legittimarla in alcuni casi l'eutanasia.

Germania e Svizzera: non è previsto come reato il suicidio assistito.

Gran Bretagna: l'eutanasia e il suicidio assistito sono illegali.

Stati Uniti (Oregon): riconosce la legittimità dell'assistenza medica al suicidio solo in presenza di determinate condizioni. Nella medesima direzione si stanno muovendo, con specifici progetti di legge, altri Stati americani.

Il caso olandese

Una più attenta analisi merita il caso olandese.

Infatti, l'Olanda ha sempre avuto un atteggiamento di apertura nei confronti della "dolce morte". Già a partire dai primi anni 90, l'eutanasia era stata depenalizzata. Non era perseguibile penalmente il medico qualora il paziente fosse affetto da un male insopportabile (non solo fisico, ma anche psicologico), avesse richiesto più volte di morire, e fossero stati consultati i parenti e due dottori avessero espresso il loro consenso alla procedura.

La legge volta a legalizzare l'eutanasia è stata approvata nel 2001 ed è entrata in vigore nell'anno successivo.

Questa legge autorizzava l'eutanasia per i malati a partire dai 12 anni, richiedendo il consenso dei genitori per i malati d'età compresa tra i 12 e i 16 anni.

Recentemente (2004) è stata altresì autorizzata l'eutanasia per i bambini sotto i 12 anni, ammessa solo nel rispetto di un severissimo protocollo.

Il caso Pretty

Un caso di cronaca che ha particolarmente toccato l'opinione pubblica mondiale è quello relativo a Diane Pretty, cittadina inglese affetta da una rara ed incurabile malattia neuro-degenerativa, che si era rivolta alla Corte europea dei diritti dell'uomo ricorrendo contro la decisione della Suprema Corte britannica, la quale aveva escluso il diritto al suicidio assistito.

La paziente terminale inglese riteneva che le norme inglesi sul divieto di suicidio assistito fossero contrarie ad alcuni principi sanciti dalla Convenzione europea dei diritti dell'uomo e chiedeva la possibilità di essere aiutata a morire dal marito senza il rischio per quest'ultimo di essere condannato.

La Corte europea, che per la prima volta si è pronunciata sull'argomento, con la sentenza 29 aprile del 2002, ha respinto il ricorso, non riconoscendo nella pronuncia dei giudici inglesi alcuna violazione e confermando il divieto di suicidio assistito punito dalla legge britannica con la reclusione fino a 14 anni.

Che cos'è l'accanimento terapeutico?

L'accanimento terapeutico è l'impiego di tecniche sofisticate e di interventi invasivi che prolungano forzatamente la vita nonostante la certezza dell'inevitabile imminenza della morte del paziente e che comportano congiuntamente un inutile aumento delle sue sofferenze.

Sotto il profilo deontologico, l'accanimento terapeutico viene censurato dal combinato disposto degli articoli 14 e 37 del Codice di deontologia medica.

Art. 14 Accanimento diagnostico-terapeutico

“Il medico deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti, da cui non si possa fondatamente attendere un benefi-

cio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita”.

Art. 37 Assistenza al malato inguaribile

“In caso di malattie a pr ognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase ter minale, il medico deve limitar e la sua opera all’assistenza e alla terapia atta a rispar miare inutili sofferenze, fornendo al malato i trattamenti appr opriati a tutela, per quanto possibile, della qualità di vita. In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile”.

Che cos’è il testamento biologico?

Il testamento biologico è il documento con il quale il testatore fornisce anticipatamente al medico indicazioni terapeutiche per l’eventualità in cui in futur o possa per de re la capacità di autodeter minazione per il sopraggiunger e di una malattia senza possibilità di guarigione.

Pertanto, il testatore può, in una fase antecedente a quella terminale o di incoscienza, decider e di continuare ad esse re curato o rifiutare l’accanimento terapeutico, formalizzando la sua volontà sulla scheda c.d. “biocar d”.

Il medico può rifiutarsi di rispettar e le volontà del paziente, ma deve, con atto for male scritto, giustificar e le ragioni del suo rifiuto.

Di grande rilievo la figura del tutor e del paziente testatore, quale garante ed interpr ete della volontà del malato.

Sul testamento biologico (*living will*) il Comitato nazionale di Bioetica ha messo a punto un testo destinato a essere sottoposto all’esame del parlamento per l’adozione di una legge *ad hoc*.

LA LEGGE SULL'INTERRUZIONE DELLA GRAVIDANZA

Nel nostro ordinamento, fino al 1978, anno di approvazione della legge 22.5.1978 n. 194, l'interruzione della gravidanza era ancora considerata una pratica illegale.

Un primo passo verso l'introduzione della legge n. 194/1978 avviene nel 1975, con la sentenza della Corte Costituzionale n. 27 che nell'affermare "...non esiste equivalenza tra il diritto non solo alla vita ma anche alla salute proprio di chi è già persona, come la madre, e la salvaguardia dell'embrione, che persona ancora deve diventare..." rende lecito l'aborto quando la gravidanza "implichi danno o pericolo grave, medicalmente accertato e non altrimenti evitabile, per la salute della donna".

In pratica, la Corte Costituzionale legittima l'aborto, ritenendo il pericolo per la vita o per la salute della madre una causa di giustificazione.

Tre anni dopo la "rivoluzionaria" sentenza della Corte Costituzionale che sancì la prevalenza della salute materna rispetto alla vita del nascituro, viene adottata in Italia, tra notevoli contrasti politici, la legge 194/1978 recante "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza", con la quale vengono abrogate tutte le norme contenute nel titolo X del libro II del codice penale ("*Dei delitti contro l'integrità e la sanità della stirpe*") e viene riconosciuto alla donna il diritto di interrompere, gratuitamente e nelle strutture pubbliche del Ser-

vizio Sanitario Nazionale (e in quelle private convenzionate e autorizzate dalle Regioni), la gravidanza indesiderata, seppure in presenza di determinate condizioni.

L'art. 1 della legge sancisce solennemente i principi fondamentali su cui la legge stessa si articola, disponendo che: "Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio.

L'interruzione volontaria della gravidanza, di cui alla presente legge, non è mezzo per il controllo delle nascite.

Lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, promuovono e sviluppano i servizi socio-sanitari, nonché altre iniziative necessarie per evitare che l'aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite".

Quando è consentita l'interruzione volontaria della gravidanza?

La legge 194/1978 prevede procedure diverse a seconda che l'interruzione della gravidanza avvenga entro i primi 90 giorni oppure oltre.

a) nei primi 90 giorni di gravidanza

Nei primi 90 giorni di gravidanza, la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la salute fisica o psichica, in relazione al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali, o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsione di anomalie o malformazioni del concepito, può rivolgersi ad un consultorio familiare, ad una struttura socio-sanitaria o ad un medico di sua fiducia.

Il medico al quale la donna si rivolge, oltre a compiere gli accertamenti sanitari necessari, nel rispetto della dignità e della libertà della donna, ha il compito di esaminare con la donna e con il padre del concepito le possibili soluzioni dei problemi proposti, di aiutarla a rimuovere le cause che la portarono alla interruzione della gravidanza,

di metterla in grado di far valer e i suoi diritti di lavoratrice e di madre, offrendole tutti gli aiuti necessari, sia durante la gravidanza che dopo il parto.

Qualora il medico riscontri l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'intervento, rilascia immediatamente un certificato, con il quale la donna può presentarsi presso una delle sedi autorizzate a praticar e l'interruzione della gravidanza.

Qualora invece non ne ravvisi l'urgenza, il medico, di fronte alla richiesta della donna di interrompere la gravidanza, le rilascia copia di un documento, firmato anche dalla donna, attestante lo stato di gravidanza e la richiesta di interruzione della stessa, e la invita a un ripensamento di 7 giorni.

Trascorsi i 7 giorni, la donna, con il documento, può presentarsi presso una delle strutture autorizzate per ottenere l'intervento (articoli 4 e 5).

b) *dopo il 90° giorno di gravidanza*

Superati i 90 giorni dal concepimento, l'aborto (c.d. *terapeutico*) è ancora praticabile, ma solo in due casi:

- qualora la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna;
- qualora siano accertati processi patologici, come rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna (art. 6).

Spetterà al medico (con l'eventuale collaborazione di specialisti) del servizio ostetrico-ginecologico dell'ente ospedaliero in cui deve praticarsi l'intervento accertare e la sussistenza dei presupposti previsti dall'art. 6 (di cui sopra).

Il medico sarà poi tenuto a fornire la documentazione sul caso e a comunicarla e la sua certificazione al direttore sanitario dell'ospedale per l'intervento da praticarsi immediatamente (art. 7, comma 1).

Tuttavia, qualora sia necessario intervenire e per l'*imminente pericolo di vita della donna*, il medico potrà pratica-

re direttamente l'intervento, anche fuori dalle strutture e previste e senza le procedure di legge, con il solo obbligo di darne comunicazione all'USL (art. 7, comma 2).

L'interruzione della gravidanza può essere praticata quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto?

Dal momento in cui si profila la possibilità di vita autonoma del feto, l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo quando la gravidanza stessa o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna; in ogni caso il medico è tenuto ad adottare ogni misura possibile per salvaguardare il feto (art. 7, comma 3).

Qual è il ruolo svolto dai Consulenti familiari?

Per la legge 194/1978, duplice è la funzione dei Consulenti familiari (istituiti dalla legge 29 luglio 1975, n. 405).

Infatti, oltre ad un coinvolgimento attivo (previsto dagli articoli 4 e 5) nelle procedure che conducono all'interruzione della gravidanza, i Consulenti familiari svolgono un'importante *funzione preventiva*, in quanto, durante la gravidanza, hanno il compito di assistere la donna:

- informandola sui diritti a lei spettanti in base alla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali concretamente offerti dalle strutture operanti sul territorio;
- informandola sulle modalità idonee a ottenere e il rispetto delle norme della legislazione sul lavoro o a tutela della gestante;
- attuando direttamente o proponendo all'ente locale competente o alle strutture sociali operanti nel territorio speciali interventi, quando la gravidanza o la maternità creino problemi per risolvere i quali risultino inadeguati i normali interventi;
- contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza (art. 2).

Che cosa succede se la richiesta di interrompere la gravidanza viene presentata da una donna minorenni?

Se la richiesta viene presentata da una minorenni, per l'interruzione della gravidanza è richiesto l'assenso di chi esercita la potestà o la tutela.

Tuttavia, quando nei primi 90 giorni vi siano seri motivi che impediscano o sconsiglino la consultazione delle persone esercenti la potestà o la tutela, oppure queste, interpellate, rifiutino il loro assenso o esprimano pareri tra loro diffidenti, si deve rimettere il caso al giudice entro 7 giorni.

Il giudice, entro 5 giorni, tenuto conto della relazione trasmessagli dal consultorio, dalla struttura socio-sanitaria o dal medico di fiducia e sentita la minorenni, può autorizzare l'interruzione della gravidanza con atto non soggetto a reclamo.

Infine, qualora vi sia *grave pericolo per la salute della minore*, il medico può certificarne l'esistenza delle condizioni che giustificano l'interruzione della gravidanza, indipendentemente dal parere dei genitori e del giudice tutelare (art. 12).

La donna interdetta per infermità di mente può presentare richiesta di interruzione della gravidanza?

Sì, l'art. 13 della legge 194/1978 prevede che la donna interdetta per infermità di mente possa presentare la richiesta di interrompere la gravidanza, tanto prima che dopo i 90 giorni dall'inizio del concepimento.

La richiesta, oltre che dalla donna personalmente, può essere avanzata dal tutore o dal marito, ma in questo caso la richiesta deve essere personalmente confermata dalla donna.

Entro 7 giorni dalla presentazione della richiesta, il medico del consultorio, della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, trasmette al giudice tutelare una relazione contenente informazioni:

- sulla domanda e sulla sua provenienza;
- sull'atteggiamento assunto dalla donna;

- sulla gravità e specie dell'intervento della donna.

Oltre ai suddetti ragguagli, il medico trasmette al giudice il parere del tutore, se espresso.

Il giudice, interpellati gli interessati se lo ritiene opportuno, decide entro 5 giorni dal ricevimento della relazione, con atto non soggetto a reclamo.

Il medico può rifiutarsi di partecipare alle procedure o agli interventi di interruzione della gravidanza?

Sì, in quanto l'art. 9 della legge 194/1978 prevede l'*obiezione di coscienza*, cioè la facoltà concessa al medico o al personale esercente le attività ausiliarie e di astenersi dallo svolgimento delle procedure relative all'accertamento dei presupposti per l'interruzione legale della gravidanza e dall'esecuzione dell'intervento.

L'obiezione, da presentare secondo le modalità e i termini indicati dall'art. 9, può essere sempre revocata, anche *tacitamente*, qualora l'obiettore abbia preso parte a procedure o a interventi per l'interruzione della gravidanza.

Quando l'obiezione di coscienza non può essere invocata?

Non può essere invocata quando l'intervento del medico o del personale esercente le attività ausiliarie risulti indispensabile per salvare la vita della donna in *imminente* pericolo.

Quali sono gli illeciti penali previsti dalla legge 194/1978?

Essi possono essere così schematizzati:

- *aborto causato colposamente* (art. 17): chiunque colposamente cagiona ad una donna l'interruzione della gravidanza è punito con la reclusione da 3 mesi a 2 anni.

La pena è diminuita fino alla metà se dall'atto deriva un *parto prematuro*.

- *aborto causato volontariamente senza consenso della donna* (art. 18):

chiunque cagiona l'interruzione della gravidanza della *donna non consenziente* è punito con la reclusione da 4 a 8 anni. Il consenso non è considerato prestato quando sia stato estorto con *violenza* o *minaccia* ovvero carpito con l'*inganno*.

Identica pena (da 4 a 8 anni) si applica a chi provoca l'interruzione della gravidanza con atti diretti a provocare lesioni alla donna (c.d. *aborto preterintenzionale*).

La pena è diminuita fino alla metà se dalle lesioni deriva l'acceleramento del parto.

Il reato di procurato aborto su donna non consenziente è punito con la reclusione da 8 a 16 anni se dal fatto deriva la morte della donna; se ne deriva una lesione personale gravissima si applica la pena della reclusione da 6 a 12 anni; se la lesione personale è grave questa ultima pena è diminuita.

Tutte le pene sono aumentate se la donna è minore.
 - *aborto causato senza osservare le modalità previste dalla legge* (art. 19): chiunque cagiona l'interruzione volontaria della gravidanza, senza l'intervento preventivo del medico (come prevede l'art. 5) o in strutture diverse da quelle indicate dalla legge (art. 8), è punito con la pena della reclusione fino a 3 anni, mentre la donna è punita con la pena della multa.

L'art. 19 prosegue disponendo che chiunque cagiona l'interruzione volontaria della gravidanza dopo i primi 90 giorni, senza l'accertamento medico previsto dall'art. 6 o senza l'osservanza delle modalità di cui all'art. 7, è punito con la reclusione da 1 a 4 anni, mentre la donna è punita con la reclusione sino a 6 mesi.

Le pene sono aumentate quando l'interruzione della gravidanza avviene su donna minore o interdetta senza osservare le modalità previste in tali casi; la donna (interdetta o minore) non è punibile.

Se dai fatti sopra esposti deriva la morte della donna, si applica la pena della reclusione da 3 a 7 anni; se ne deriva una lesione personale gravissima si applica la reclusione

da 2 a 5 anni; se la lesione personale è grave questa ultima pena è diminuita.

- *aborto cagionato volontariamente da obiettore di coscienza* (art. 20):

“Le pene previste dagli articoli 18 e 19 per chi procura l'interruzione della gravidanza sono aumentate quando il reato è commesso da chi ha sollevato obiezione di coscienza ai sensi dell'art. 9”.

Questa norma mira a evitare che coloro i quali hanno sollevato obiezione di coscienza continuino ad operare aborti nella clandestinità.

- *violazione del segreto professionale e d'ufficio* (art. 21): chiunque, fuori dei casi previsti dall'art. 326 del codice penale (che punisce la rivelazione e l'utilizzazione di segreti d'ufficio da parte del pubblico ufficiale e dell'incaricato di pubblico servizio), essendo venuto a conoscenza per ragioni di professione o di ufficio, rivela l'identità, o comunque divulga notizie idonee a rivelarla, di chi ha fatto ricorso alle procedure o agli interventi previsti dalla legge stessa, è punito a norma dell'art. 622 del codice penale (rivelazione di segreto professionale).

CONSENSO INFORMATO:
IL DIRITTO ALL'INFORMAZIONE
SUI TRATTAMENTI MEDICO-SANITARI

Un fondamentale diritto del cittadino bisognoso di cura è rappresentato dal c.d. *consenso informato* (termine coniato negli Stati Uniti nel 1957 in occasione di un processo in cui venne sancito un esplicito dovere del medico di comunicare alcuni tipi di informazione - “*informed consent*”- al paziente).

In Italia un primo significativo intervento giurisprudenziale risale al 1967. La Cassazione affermò che “...fuori dei casi di intervento necessario e urgente, il medico nell'esercizio della professione non può, senza valido consenso del paziente, sottoporre costui ad alcun trattamento medico-chirurgico suscettibile di porre in grave pericolo la vita o l'incolumità fisica...” (Cass. Sez. III, 25 luglio 1967).

Che cos'è il consenso informato?

Si può definire come la volontà che il paziente deve esprimere in merito a un intervento, che deve essere gli illustrato dal medico in modo completo, chiaro e senza possibilità di equivoci.

In altre parole, il consenso informato è l'accettazione volontaria da parte del paziente di ogni singolo accertamento diagnostico, di ogni singola terapia o intervento

medico in ordine ai quali abbia ricevuto idonee informazioni sulle modalità di esecuzione, sui benefici, sugli effetti collaterali e sui rischi prevedibili.

Nella pratica, il consenso informato si traduce in un documento (modulo) scritto, avente valore legale, debitamente controfirmato dal paziente in tutti i casi previsti dalla legge.

Tuttavia, a tutela di un rapporto di totale collaborazione e fiducia reciproca, il consenso informato scritto non dovrebbe mai sostituire il dialogo tra il medico e il malato, che è alla base di quella alleanza terapeutica determinante per combattere correttamente la malattia (l'informazione, quindi, non può essere ridotta alla consegna di asettici fogli che riportano solo statistiche e nozioni tecniche, lasciando il paziente smarrito e indeciso!).

Qual è il fondamento giuridico del consenso informato?

L'obbligo di richiedere il consenso trova il proprio fondamento giuridico negli artt. 13 e 32, comma 2, della Carta Costituzionale.

L'art. 13 sancisce solennemente che "la libertà personale è inviolabile".

L'art. 32, comma 2, prevede che nessuno può essere sottoposto a trattamento medico-chirurgico contro la propria volontà, salvo che una specifica legge non disponga altrimenti (i "trattamenti sanitari" da imporre soltanto "per disposizione di legge" sono, ad esempio, le vaccinazioni, previste per il bene sia del singolo che della collettività).

Espresso riferimento agli artt. 13 e 32, comma 2, della Costituzione è rintracciabile in una pronuncia della Corte di Cassazione del 1994, dove viene affermato che il medico "...ha il dovere di informare il paziente sulla natura dell'intervento, sulla portata ed estensione dei suoi risultati e sulle possibilità e probabilità conseguibili... tale informazione è condizione indispensabile per la validità del consenso, che deve essere consapevole, al trattamento terapeutico e chirurgico, senza il quale l'intervento sarebbe

be impedito al chirurgo tanto dall'art. 32, comma 2, della Costituzione, a norma del quale nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge, quanto dall'art. 13 cost., che garantisce l'inviolabilità della libertà personale con riferimento anche alla libertà di salvaguardia della propria salute e della propria integrità fisica, e dall'art. 33 della l. 23 dicembre 1978 n. 833, che esclude la possibilità di accertamenti e di trattamenti sanitari contro la volontà del paziente se questo è in grado di prestarlo e non ricorrono i presupposti dello stato di necessità (art. 54 c.p.)”.

Il fondamento normativo del *consenso informato* si può estrapolare anche:

- dalla legge 5 giugno 1990 per la lotta all'AIDS (n.135) dove viene previsto che nessuno può essere sottoposto ad analisi atte all'accertamento dell'infezione da HIV senza il suo consenso, se non per motivi di necessità clinica nel suo interesse;
- dall'art. 19 del Decreto 15 gennaio 1991 del Ministero della sanità in attuazione della legge del 4 maggio 1990 (n. 107) che definisce le trasfusioni come pratiche terapeutiche rischiose per le quali è necessario il consenso informato del ricevente;
- dal Comitato Nazionale per la Bioetica “Informazione e consenso all'atto medico”, 20 giugno 1992;
- dal nuovo codice di Deontologia Medica del 1998 (artt. 30-35);
- dalla Convenzione del Consiglio d'Europa sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina (Oviedo, 1997), ratificata anche dall'Italia, nel cui testo, all'art. 5, si stabilisce che senza consenso libero ed informato dell'avente diritto non si possono effettuare interventi sanitari di alcun tipo; all'art. 9, viene precisato che “i desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere e la sua volontà saranno tenuti in considerazione”;

- da diverse pronunce giurisprudenziali, tra le quali merita particolare attenzione quella della Corte Suprema del 15 gennaio 1997 (n. 364) che ha espressamente sancito il principio secondo cui un consenso non prece-
duto da una corretta informazione deve intendersi invalido. Secondo la Suprema Corte, la formazione del consenso al trattamento sanitario "...presuppone una specifica informazione su quanto ne forma oggetto, che non può che provenire dallo stesso sanitario cui è richiesta la prestazione professionale...il dovere di informazione concerne la portata dell'intervento, le inevitabili difficoltà, gli effetti conseguibili e gli eventuali rischi, sì da portare il paziente in condizioni di decidere sull'opportunità di procedervi o di ometterlo, attraverso il bilanciamento di vantaggi e rischi. L'obbligo si estende ai rischi prevedibili e non anche agli esiti anomali, al limite del fortuito...si estende, inoltre, ai rischi specifici rispetto a determinate scelte alternative, in modo che il paziente, con l'ausilio tecnico-scientifico del sanitario, possa determinarsi verso l'una o l'altra delle scelte possibili, attraverso una cosciente valutazione dei rischi e dei corrispondenti vantaggi".

Quali caratteristiche devono possedere le informazioni rese dal medico per consentire un valido consenso?

Tali caratteristiche sono state definite dal Comitato italiano di Bioetica nel parere "*Informazione e consenso all'atto medico*" del 1992.

È bene ricordare che il Comitato nazionale di Bioetica è stato istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri nel 1990. È un organo collegiale composto da studiosi appartenenti a diverse aree disciplinari (medici, filosofi, giuristi, ecc.).

La funzione del Comitato è quella di elaborare pareri e indicare soluzioni anche ai fini della predisposizione di atti legislativi.

Risultano interessanti le conclusioni del Comitato nazio-

nale di Bioetica sulla informazione e sul consenso all'atto medico, dalle quali si può ricavare e come, oggi, il medico sia tenuto a rispettare il principio di autonomia del paziente.

È stato, dunque, affermato che:

- in caso di malattie importanti e di procedimenti diagnostici e terapeutici prolungati, il rapporto curante-paziente non può essere limitato ad un unico, fugace incontro;
- il curante deve possedere sufficienti doti di psicologia tali da consentirgli di comprendere la personalità del paziente e la sua situazione ambientale, per regolare su tali basi il proprio comportamento nel fornire le informazioni;
- le informazioni, se rivestono carattere tale da poter procurare preoccupazioni e sofferenze particolari al paziente, dovranno essere fornite con circospezione, usando terminologie non traumatizzanti e sempre corredate da elementi atti a lasciare allo stesso la speranza di una, anche se difficile, possibilità di successo;
- le informazioni relative al programma diagnostico e terapeutico dovranno essere veritiere e complete, ma limitate a quegli elementi che cultura e condizione psicologica del paziente sono in grado di recepire ed accettare, evitando esasperate precisazioni di dati (percentuali esatte – oltretutto difficilmente definibili – di complicanze, di mortalità, insuccessi funzionali) che interessano gli aspetti scientifici del trattamento. In ogni caso, il paziente dovrà essere messo in grado di esercitare correttamente i suoi diritti, e quindi formarsi una volontà che sia effettivamente tale, rispetto alle svolte e alle alternative che gli vengono proposte;
- la responsabilità di informare il paziente grava sul primario, nella struttura pubblica, ed in ogni caso su chi ha il compito di eseguire o di coordinare procedimenti diagnostici e terapeutici;
- la richiesta dei familiari di fornire al paziente infor-

zioni non veritiere non è vincolante. Il medico ha il dovere di dare al malato le informazioni necessarie per affrontare responsabilmente la realtà, ma attenendosi ai criteri di prudenza, soprattutto nella terminologia, già enunciati.

In tema di qualità e modalità dell'informazione, il Codice di deontologia medica del 1998 prevede, all'art 30 (*Informazione al cittadino*), che:

“Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate; il medico nell'informarlo dovrà tenere conto delle sue capacità di comprensione, al fine di procurarne la massima adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche.

Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta.

Il medico deve, altresì, soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione.

Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza.

La documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata”.

In giurisprudenza è stato affermato che “l'obbligo di informazione riguarda anche i rischi specifici delle singole fasi del trattamento sanitario; il medico deve informare dei possibili benefici del trattamento, delle modalità di intervento, dell'eventuale possibilità di scelta fra cure diverse o diverse tecniche operatorie e, infine, dei rischi prevedibili di complicanze in sede postoperatoria” (sentenza n. 9705/1997).

Interessante anche un brano della già citata sentenza della Cassazione n. 364/97 che precisa (relativamente agli

interventi che si suddividono in numerose fasi): “nell’ambito degli interventi chirurgici condotti in “équipe”, il medico non può intervenire senza il consenso informato del paziente, e, se le singole fasi assumono un’autonomia gestionale e presentano varie soluzioni alternative, ognuna delle quali comporti rischi diversi, il suo dovere di informazione si estende anche alle singole fasi e ai rispettivi rischi”.

Il malato che abbia espresso la volontà di non sapere ha diritto di rimanere all’oscuro?

La risposta affermativa è contenuta nell’art. 10 della Convenzione di Oviedo (’97) che, dopo aver sancito la regola generale che “ogni persona ha il diritto di conoscere ogni informazione raccolta sulla propria salute”, aggiunge che comunque “la volontà di una persona di non essere informata deve essere rispettata”.

Analogamente, l’art. 30, comma 5, del Codice di deontologia medica afferma che la documentata volontà del paziente di non essere informato, o di delegare ad altri la comunicazione, deve venire rispettata.

Il diritto all’informazione è, dunque, un *diritto disponibile*, ovvero passibile di rinuncia da parte del titolare (il paziente) che, avendo espresso la volontà di non sapere nulla circa la diagnosi, la prognosi ed eventuali trattamenti sanitari, ha un vero e proprio diritto a non essere informato dal medico.

Va detto che qualora il diritto a rimanere all’oscuro venisse disatteso, l’eventuale turbamento psicologico subito dal paziente si ritorcerebbe inevitabilmente contro il medico.

Quali sono i requisiti di validità del consenso?

Il consenso, per essere valido, oltre a presupporre una reale informativa verso il paziente, deve presentare i seguenti requisiti:

- deve essere prestato prima dell’inizio del trattamento

- terapeutico (il consenso è naturalmente revocabile in ogni momento);
- deve essere richiesto per ogni trattamento;
 - deve essere libero, cioè espresso senza alcuna coercizione;
 - deve essere rilasciato da chi è titolare del diritto, salvo alcune eccezioni; qualora il paziente sia minore ovvero incapace di intendere e di volere, l'approvazione al trattamento deve essere manifestata da chi ne esercita la potestà ovvero dal rappresentante legale (tutore o curatore) dell'incapace (interdetto o inabilitato); in determinati casi il consenso deve essere esercitato dal Giudice (ad es. qualora i genitori del minore si oppongono ad un determinato trattamento senza il quale il paziente potrebbe morire, come nel caso dei genitori appartenenti alla setta dei c.d. Testimoni di Geova contrari alla indispensabile emotrasfusione - cioè, trasfusione di sangue - nei confronti del figlio minore).
 - deve essere, preferibilmente, rilasciato in forma scritta. In alcuni casi il consenso scritto (tramite la compilazione di moduli) è obbligatorio (ad es. per la sperimentazione di farmaci o per l'accertamento dell'infezione HIV).

Da sottolineare che il consenso non è mai valido se diretto a richiedere o ad assecondare l'elisione di beni indispensabili quali la vita e l'integrità fisica.

Il consenso può essere richiesto ai prossimi congiunti?

Qualora un paziente versi in stato di temporanea incapacità di intendere e di volere (ad es. perché in coma), può accadere che il medico richieda ai prossimi congiunti il preventivo consenso ad un intervento di notevole complessità.

È opportuno sottolineare che da un punto di vista strettamente giuridico, e in particolar modo sotto il profilo penale, il consenso dei prossimi congiunti non ha alcun valore scriminante (cioè, di giustificazione).

Il consenso può essere presunto?

Sì. Si parla di *consenso presunto* nei casi di urgenza e necessità terapeutica. È il caso del chirurgo che nel corso di un intervento, al quale il paziente aveva precedentemente espresso il proprio consenso, riscontri una patologia completamente diversa rispetto a quella prefigurata ovvero più grave; ne consegue che la terapia chirurgica dovrà essere necessariamente diversa, magari maggiormente lesiva.

In tale ipotesi, la giurisprudenza ritiene che l'intervento medico effettuato in stato di necessità, e finalizzato a salvare la vita del paziente, rientrando nell'ipotesi dell'art. 54 c.p. (stato di necessità), non debba essere necessariamente subordinato ad un nuovo consenso, in quanto l'urgenza di salvare la vita altrui esime da ogni responsabilità penale.

Che cosa prevede il Codice di deontologia medica quanto all'acquisizione del consenso?

L'art. 32 (*acquisizione del consenso*) del Codice deontologico recita:

“Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso informato del paziente.

Il consenso, espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica si renda opportuna una manifestazione inequivoca della volontà della persona, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all'art. 30.

Il procedimento diagnostico e/o il trattamento terapeutico che possano comportare grave rischio per l'incolumità della persona, devono essere intrapresi solo in caso di estrema necessità e previa informazione sulle possibili conseguenze, cui deve far seguito una opportuna documentazione del consenso.

In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace di intendere e di volere, il medico deve desi-

stere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona, ove non ricorrano le condizioni di cui al successivo art. 78”.

Per maggiore completezza riportiamo anche i successivi articoli (33-35) del capo IV (*Informazione e consenso*) del Codice di deontologia medica.

In base all’art. 33 (*consenso del legale rappresentante*) “Allorché si tratti di minore, interdetto o inabilitato il consenso agli interventi diagnostici e terapeutici, nonché al trattamento dei dati sensibili, deve essere espresso dal legale rappresentante.

In caso di opposizione da parte del rappresentante legale al trattamento necessario e indifferibile a favore di minori o di incapaci, il medico è tenuto a informare l’autorità giudiziaria”.

Ai sensi dell’art. 34 (*autonomia del cittadino*) “Il medico deve attenersi, nel rispetto della dignità, della libertà e dell’indipendenza professionale, alla volontà di curarsi, liberamente espressa dalla persona.

Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tenere conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso.

Il medico ha l’obbligo di dare informazioni al minore e di tenere conto della sua volontà, compatibilmente con l’età e con la capacità di comprensione, fermo restando il rispetto dei diritti del legale rappresentante; analogamente deve comportarsi di fronte a un maggiorenne infermo di mente”.

Infine, l’art. 35 (*assistenza d’urgenza*) dispone che “Allorché sussistano condizioni di urgenza e in caso di pericolo per la vita di una persona, che non possa esprimere, al momento, volontà contraria, il medico deve prestare l’assistenza e le cure indispensabili”.

Quali sono le conseguenze giuridiche per il medico che abbia agito contro la volontà del malato?

È da premettere che quando si parla di consenso informato, quale presupposto indispensabile all'attività medica, non va dimenticato che l'informazione deve essere utilizzata dal paziente per giungere e ad una decisione, ma non necessariamente a un consenso.

Sotto il profilo penale, ne consegue che il medico che abbia praticato un intervento in assenza di un valido consenso o nonostante l'esplicito dissenso del malato, commette i seguenti reati:

- reato di *violenza privata* se dall'intervento medico non derivano lesioni (art. 610 c.p.);
- reato di *lesioni personali* in caso di danni, cioè se l'atto medico imposto al paziente determina una condizione lesiva dell'integrità psico-fisica della persona (art. 582 c.p.);
- reato di *omicidio preterintenzionale* in caso di decesso del paziente (art. 584 c.p.).

Una sentenza esemplare di condanna per omicidio preterintenzionale è quella relativa al noto caso "Massimo".

Il chirurgo venne condannato dalla Suprema Corte per aver eseguito un intervento su una malata di 83 anni, ben al di là del consenso prestato dalla paziente.

Secondo la Corte, infatti, il chirurgo che in assenza di necessità e urgenze terapeutiche, sottopone il paziente, in età assai avanzata, ad un intervento operatorio di assai più grave entità rispetto a quello meno cruento, e comunque di più lieve entità, del quale lo abbia preventivamente informato e che solo sia stato dallo stesso consentito, commette il reato di lesioni volontarie, essendo irrilevante, sotto il profilo psicologico, la finalità pur sempre curativa della sua condotta, sicché egli risponde di omicidio preterintenzionale se da quello di lesioni sia derivata la morte.

La Corte aveva argomentato che "soltanto il libero consenso del paziente, quale manifestazione di volontà di di-

sporre del proprio corpo, può escludere in concreto l'antigiuridicità della lesione procurata mediante trattamento medico-chirurgico. Sussiste, pertanto, il delitto di omicidio preterintenzionale ove, in conseguenza delle lesioni personali da esso derivanti, si verifichi l'evento morte del paziente”.

PARTE SECONDA

SANITÀ: BREVE VADEMECUM PER IL CITTADINO

Come si sceglie il medico di famiglia?

Per scegliere il medico di famiglia il cittadino deve recarsi presso gli uffici Asl della propria zona di residenza, dove è possibile consultare l'elenco dei medici di base convenzionati con il Servizio sanitario nazionale ed avanzare la richiesta nel rispetto di un tetto massimo di 1500 assistiti per medico (il figlio, il coniuge e il convivente dell'assistito già in carico al medico di medicina generale possono effettuare la scelta a favore dello stesso medico anche in deroga al massimale, purché anagraficamente facenti parte dello stesso nucleo familiare).

Dovendosi basare il rapporto tra medico e assistito sulla fiducia e sulla reciproca conoscenza, le Asl promuovono, sulla base di intese stipulate tra le Regioni e le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, una corretta informazione agli assistiti sulla opportunità di avviare preliminarmente alla scelta una diretta conoscenza del medico e, a margine della scelta effettuata, la informazione sullo *status* del medico, sul suo *curriculum* personale e professionale, sulle caratteristiche della attività professionale (ad es. ubicazione ed orario dello studio).

Le Asl, sentito un apposito Comitato, possono anche autorizzare che la scelta sia effettuata in favore di un medico iscritto in un elenco diverso da quello proprio dell'ambito

territoriale in cui l'assistito è residente quando la scelta sia o diventi obbligata, oppure quando per ragioni di vicinanza o di migliore viabilità la residenza dell'assistito graviti su un ambito limitrofo e tutte le volte che gravi ed obiettive circostanze ostacolano la normale erogazione dell'assistenza.

La scelta per i cittadini residenti ha la validità di un anno ed è rinnovata tacitamente, salvo che non intervenga la revoca nel corso dell'anno.

Per i cittadini non residenti la scelta è a tempo determinato da un minimo di 3 mesi ad un massimo di 1 anno con la contemporanea cancellazione dall'elenco degli assistiti del medico scelto presso il luogo di residenza abituale. La scelta a tempo determinato è espressamente prorogabile.

Per i cittadini extracomunitari che siano in regola con le norme in materia di soggiorno sul territorio italiano, la scelta è a tempo determinato da un minimo di 3 mesi ad un massimo di 2 anni, nel rispetto dei tempi di validità dei permessi di soggiorno. Anche tale scelta è espressamente prorogabile.

Come si cambia il medico di famiglia?

Qualora il cittadino intenda cambiare il proprio medico di famiglia è tenuto a darne comunicazione alla Asl di appartenenza e, contemporaneamente alla revoca, l'assistito deve effettuare una nuova scelta che, ai fini assistenziali, ha effetto immediato.

Anche il medico può porre fine al rapporto con il suo assistito, dandone comunicazione alla Asl competente. Tale revoca deve essere motivata da eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità, tra i quali assume particolare rilevanza la turbativa del rapporto di fiducia.

Agli effetti assistenziali la ricasazione decorre dal 16° giorno successivo alla sua comunicazione.

Non è consentita la ricasazione quando nell'ambito del Comune di residenza non siano operanti altri medici, a

meno che ricorrano eccezionali motivi di incompatibilità da accertarsi da parte di apposito Comitato della Asl.

Quali sono i compiti del medico di famiglia?

La responsabilità del medico in ordine alla tutela della salute del proprio assistito si estrinseca in compiti diagnostici, terapeutici, riabilitativi, preventivi individuali e familiari, e di educazione sanitaria i quali sono espletati attraverso interventi ambulatoriali e domiciliari finalizzati al soddisfacimento dei relativi bisogni sanitari.

Precisamente, i compiti del medico comprendono:

- a) le visite domiciliari ed ambulatoriali a scopo diagnostico e terapeutico. Per migliorare lo *standard* delle prestazioni il medico può avvalersi di supporti tecnologici diagnostici e terapeutici sia nel proprio studio che al domicilio del paziente;
- b) il consulto con lo specialista e l'accesso del medico di famiglia presso gli ambienti di ricovero o in fase di accettazione, di degenza e di dimissione del proprio paziente;
- c) la tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria individuale ad uso del medico e ad utilità dell'assistito;
- d) le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori;
- e) la certificazione di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche nell'ambito scolastico, a seguito di specifica richiesta da parte dell'autorità scolastica competente;
- f) la certificazione per l'incapacità temporanea al lavoro.

Tra gli altri obblighi e compiti del medico segnaliamo:

- 1) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio sanitario nazionale nonché del corretto uso del farmaco nell'ambito della

quotidiana attività assistenziale. In particolar e i cittadini devono essere sensibilizzati relativamente alle tematiche riguardanti:

- l'osservanza di comportamenti e stili di vita positivi per la salute;
 - la donazione di sangue, plasma e organi;
 - la cultura dei trapianti;
 - il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e il regime delle esenzioni;
 - l'esenzione dalla partecipazione alla spesa in relazione a particolari condizioni di malattia;
 - la necessità di un uso appropriato delle risorse messe a disposizione del Servizio sanitario nazionale.
- 2) l'obbligo di effettuazione delle vaccinazioni antinfluenzali nell'ambito di campagne vaccinali rivolte a tutta la popolazione a rischio.

Compiti aggiuntivi del medico (i cui oneri sono comunque a carico della Asl) sono:

- a) l'assistenza programmata al domicilio dell'assistito, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa, in collegamento se necessario con l'assistenza sociale;
- b) l'assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività;
- c) l'assistenza in zone molto disagiate, comprese le piccole isole in base ad appositi accordi regionali;
- d) le visite occasionali;
- e) le prestazioni di particolare impegno professionale che possono essere eseguite, con o senza la preventiva autorizzazione da parte dell'Azienda sanitaria, a domicilio del paziente o nell'ambulatorio del medico in base alle condizioni di salute dell'assistito.

Le *prestazioni* eseguibili *senza autorizzazione sanitaria* sono:

- 1) la medicazione eseguita su una ferita non ancora medicata (c.d. prima medicazione);
- 2) la sutura di ferita superficiale;

- 3) le successive medicazioni;
- 4) la rimozione di punti di sutura e la relativa medicazione;
- 5) il cateterismo urtrale sia nell'uomo che nella donna;
- 6) il tamponamento nasale anteriore;
- 7) la fleboclisi (unica- eseguibile in caso di urgenza);
- 8) la lavanda gastrica;
- 9) la vaccinazione antitetanica;
- 10) la iniezione sottocutanea desensibilizzante;
- 11) il tampone faringeo (solo su pazienti non ambulabili).

Le prestazioni eseguibili dietro autorizzazione sanitaria comprendono:

- a) i cicli di fleboclisi;
- b) i cicli curativi di iniezioni endovenose;
- c) i cicli di aerosol o inalazioni caldo umide nello studio professionale del medico;
- d) le vaccinazioni non obbligatorie.

L'assistenza del medico di famiglia come deve essere garantita?

Innanzitutto perché il medico di famiglia possa fornire un'adeguata assistenza deve avere la disponibilità di almeno uno studio professionale, dotato degli arredi e delle attrezzature indispensabili per l'esercizio della medicina generale, di sala d'attesa adeguatamente arredata, di servizi igienici, di illuminazione e aerazione idonea, ivi compresi idonei strumenti di ricezione delle chiamate.

Lo studio professionale deve essere aperto almeno 5 giorni alla settimana, preferibilmente dal lunedì al venerdì secondo un congruo orario determinato autonomamente dal sanitario in relazione al numero degli assistiti e alla esigenza di assicurare una prestazione medica corretta ed efficace. La Asl, in relazione a particolari esigenze assistenziali, può richiedere la revisione dell'orario.

L'orario con il nominativo del medico, da comunicare e

all'Azienda, deve essere esposto all'ingresso dello studio medico.

Posta questa premessa, va detto che il servizio del medico di famiglia deve essere garantito dalle ore 8 alle ore 20 nei *giorni feriali* e dalle ore 8 alle ore 14 nei *giorni prefestivi*.

L'attività medica può essere prestata non solo nello studio del medico ma anche al domicilio dell'assistito qualora lo richiedano le condizioni di salute di quest'ultimo.

Le *visite domiciliari* vanno richieste entro le ore 10 perché il medico sia obbligato a effettuarele in giornata mentre quelle richieste oltre quell'ora possono essere eseguite entro le ore 12 del giorno successivo.

In ogni caso la chiamata urgente deve essere soddisfatta entro il più breve tempo possibile.

Nelle giornate di sabato e nei giorni prefestivi il medico non è tenuto a svolgere attività ambulatoriale (in tali giorni è attiva la Guardia Medica!), ma è comunque obbligato ad effettuare le visite domiciliari richieste entro le ore 10 dello stesso giorno, nonché quelle, eventualmente non ancora effettuate, richieste dopo le ore 10 del giorno precedente.

Attenzione: il cittadino che ricorra all'opera di un medico che non sia il proprio è tenuto a versare euro 15,49 per la *visita ambulatoriale* ed euro 25,82 per quella *domiciliare*.

Quali sono i compiti del pediatra di libera scelta?

Il pediatra di libera scelta (di famiglia) provvede alla tutela dell'infanzia e dell'età evolutiva da 0 a 14 anni. Per ottenere l'assistenza pediatrica oltre i 14 anni è necessario presentare una richiesta scritta, altrimenti al compimento del 14° anno di età la rievoca è automatica.

Le procedure per la scelta e la rievoca del pediatra sono pressoché analoghe a quelle relative al medico di medicina generale, con la differenza che i pediatri iscritti negli elenchi possono acquisire un numero massimo di scelte

pari a 800 assistiti. Tale limite può essere superato (in misura non superiore a 880 unità) nel caso di scelte relative a neonati. I pediatri possono comunque essere autorizzati dalle Asl ad autolimitare il proprio massimale fino ad un valore minimo pari a 600 scelte.

Ebbene, il pediatra ha il compito di tutelare la salute del minore assistito attraverso interventi da svolgere gratuitamente nell'ambito del proprio studio professionale (che deve essere aperto 5 giorni alla settimana, secondo un orario esposto all'ingresso) oppure al domicilio del paziente.

Precisamente, il pediatra è tenuto ad effettuare le seguenti prestazioni:

- 1) le visite ambulatoriali e domiciliari a scopo preventivo, diagnostico e terapeutico;
- 2) il consulto con lo specialista;
- 3) l'accesso presso gli ambienti di ricovero o in fase di accettazione, degenza e dimissione del proprio paziente,
- 4) la prescrizione farmaceutica;
- 5) la richiesta di indagini specialistiche, proposte di ricovero e/o cure termali;
- 6) le certificazioni ai fini della ammissione agli asili nido e della riammissione alla scuola materna, alla scuola dell'obbligo e alle scuole secondarie superiori, e ai fini dell'astensione dal lavoro del genitore a seguito di malattia del bambino;
- 7) la tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria pediatrica individuale ad uso esclusivo del pediatra, quale strumento tecnico professionale che, oltre a migliorare la continuità assistenziale, consenta al pediatra di seguire la regolare crescita del bambino;
- 8) l'assistenza programmata per i bambini non deambulanti al domicilio del paziente o nelle strutture residenziali;
- 9) le prestazioni aggiuntive nello studio professionale del pediatra o al domicilio del paziente (es. rimozione punti di sutura, medicazioni, iniezioni endovenose, ecc.);

10) la certificazione di stato di buona salute per lo svolgimento di attività sportive non agonistiche, a seguito di richiesta dell'autorità scolastica competente.

I *certificati rilasciati a pagamento* dal pediatra sono, ad esempio, quelli:

- per lo svolgimento di attività ludico motoria e ricreativa;
- di idoneità per soggiorni marini o montani;
- ad uso assicurativo;
- ad uso privato.

Attenzione: le *visite pediatriche occasionali* per i bambini iscritti al Servizio Sanitario Nazionale presenti eccezionalmente in un'Azienda sanitaria diversa da quella di residenza sono a pagamento, alle seguenti tariffe:

- *visite ambulatoriali* euro 25,82
- *visite domiciliari* euro 36,15.

In che cosa consiste il servizio di guardia medica?

Il servizio di guardia medica (definito “continuità assistenziale” in quanto assicura la prosecuzione dell'assistenza di base in ore e in giorni diversi rispetto a quelli in cui è normalmente erogata dal medico generico) garantisce per le urgenze notturne, festive e prefestive, gli interventi domiciliari e territoriali dalle ore 10 del giorno prefestivo alle ore 8 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20 alle ore 8 di tutti i giorni feriali.

Il medico di guardia medica deve essere presente, all'inizio del turno, nella sede assegnatagli dalla Asl e rimanere a disposizione, fino alla fine del turno, per effettuare gli interventi domiciliari o territoriali richiesti.

Il medico che assicura la continuità assistenziale è tenuto ad effettuare gli interventi, domiciliari o territoriali, richiesti dall'utente o dalla centrale operativa, prima della fine del turno di lavoro.

La prestazione della guardia medica è gratuita e può

essere richiesta telefonando al numero indicato nelle prime pagine degli elenchi telefonici della propria città. Altrimenti può essere richiesta al numero telefonico di emergenza 118.

Le chiamate degli utenti devono essere registrate e rimanere agli atti.

Le registrazioni devono contenere:

- nome, cognome, età e indirizzo dell'assistito;
- generalità del richiedente ed eventuale relazione con l'assistito (nel caso sia persona diversa);
- ora della chiamata ed eventuale sintomatologia sospettata;
- ora dell'intervento (o motivazione del mancato intervento) e tipologia dell'intervento richiesto ed effettuato.

Il medico utilizza, solo a favore degli utenti registrati, anche se privi di documento sanitario, un apposito ricettario, con la dicitura "Servizio continuità assistenziale", fornitogli dalla Azienda per le proprie postazioni di ricovero, le certificazioni di malattia per il lavoratore e per un massimo di 3 giorni, le prescrizioni farmaceutiche per una terapia d'urgenza e per coprire un ciclo di terapia non superiore a 48/72 ore.

Il medico di guardia *non può*:

- prescrivere medicinali ordinati da altri medici o dall'ospedale al momento della dimissione;
- assicurare le prestazioni ambulatoriali non urgenti;
- prescrivere analisi, visite specialistiche o cicli di terapia;
- prescrivere farmaci o fare certificati a persone diverse da quelle per cui è stato richiesto l'intervento.

Spetta alla Asl fornire al medico di continuità assistenziale i farmaci e il materiale di pronto soccorso, necessari all'effettuazione degli interventi di urgenza individuati a livello regionale; deve inoltre garantire che le sedi di servizio siano dotate di idonei locali, dotati di adeguate misure di sicurezza, per la sosta e il riposo dei medici, nonché di servizi igienici.

L'Azienda deve provvedere anche:

- a) alla disponibilità dei mezzi di servizio, possibilmente muniti di radiotelefono e di strumenti acustici e visivi, che ne permettano l'individuazione come mezzi adibiti a soccorso;
- b) ad assicurare in modo adeguato la registrazione delle chiamate presso le centrali operative;
- c) a garantire nei modi opportuni la tenuta e la custodia dei registri di carico e scarico dei farmaci, dei presidi sanitari e degli altri materiali messi a disposizione dei medici di continuità assistenziale.

Il medico di guardia, al fine di assicurare la continuità assistenziale in capo al medico di famiglia, è tenuto a compilare, in duplice copia, un apposito modulare informativo, di cui una copia è destinata al medico di fiducia (o alla struttura sanitaria, in caso di ricovero), da consegnare all'assistito, e l'altra viene acquisita agli atti del servizio.

Nel modulo dovranno essere indicate succintamente: la sintomatologia presentata dal soggetto, l'eventuale diagnosi sospetta o accertata, la terapia prescritta o effettuata e, se del caso, la motivazione che ha indotto il medico a proporre il ricovero ed ogni altra notizia ed osservazione che egli ritenga utile evidenziare.

È opportuno aggiungere che le Asl, nel cui territorio si trovano località di notevole afflusso turistico (es. marine), possono organizzare – limitatamente al periodo in cui, di norma, si riscontra il maggior numero di presenze giornaliere – un servizio stagionale di assistenza sanitaria rivolta alle persone non residenti.

Che cos'è l'assistenza programmata domiciliare?

È un servizio gratuito che consiste nell'assicurar e al domicilio del paziente non deambulante la presenza effettiva periodica (settimanale o quindicinale o mensile) del medico in relazione alle eventuali esigenze del paziente.

È rivolta a pazienti che presentino le seguenti caratteristiche:

- impossibilità permanente a deambulare (es. grandi anziani con deficit alla deambulazione, portatori di protesi agli arti inferiori con gravi difficoltà a deambulare);
- impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (paziente non autosufficiente o paziente abitante in un piano alto o senza ascensore);
- impossibilità per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico, quali ad es. insufficienza cardiaca in stadio avanzato, insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale, paraplegici, tetraplegici, ecc.

È compito del medico, dei servizi sociali o delle famiglie segnalare alla Asl il caso che necessita di assistenza domiciliare.

In relazione alle condizioni di salute di ogni paziente ed ai conseguenti bisogni sanitari e socio-assistenziali che comportano gli interventi domiciliari, il medico di medicina generale ed il medico responsabile a livello distrettuale dell'attività sanitaria concordano:

- la durata del periodo di erogazione dell'assistenza programmata domiciliare, che comunque non può essere superiore ad un anno (con possibilità di proroga);
- la cadenza settimanale, quindicinale o mensile degli accessi del medico al domicilio del paziente;
- i momenti di verifica comune all'interno del periodo di attivazione al fine di rispondere al meglio alle esigenze di salute e assistenziali del paziente.

Che cos'è l'assistenza domiciliare integrata?

È un servizio gratuito offerto a supporto delle famiglie per l'assistenza a persone non autosufficienti o affette da patologie gravi.

Può rappresentare una valida alternativa al ricovero ospedaliero oppure consentire una dimissione protetta a seguito di un ricovero.

L'ADI garantisce al domicilio del paziente prestazioni:

- di medicina generale;
- di medicina specialistica;
- infermieristiche domiciliari e di riabilitazione;
- di aiuto domestico da parte dei familiari o del competente servizio delle Aziende;
- di assistenza sociale.

La peculiarità dell'ADI è costituita dall'intervento integrato dei servizi sanitari e sociali.

Le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a:

- malati terminali;
- malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi;
- incidenti vascolari acuti;
- gravi fratture in anziani;
- forme psicotiche acute gravi;
- riabilitazione di vasculopatici;
- riabilitazione in neurolesi;
- malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro);
- dimissioni protette da strutture ospedaliere.

La richiesta di attivazione dell'ADI, rivolta al responsabile delle attività sanitarie del distretto nel quale ha residenza il paziente, può provenire:

- dal medico di medicina generale;
- dal responsabile del reparto ospedaliero all'atto delle dimissioni;
- dai servizi sociali;
- dai familiari del paziente.

Entro 48 ore dalla segnalazione ricevuta il medico del

distretto attiva o meno le procedure e prende contatto con il medico di medicina generale per attivare e l'intervento integrato, dopo avere ricevuto il consenso del malato o dei suoi familiari.

Qualora il medico del distretto non ritenga necessaria l'attivazione dell'ADI deve darne motivata comunicazione, entro 24 ore e dalla richiesta di attivazione, al medico di assistenza primaria e ai familiari del paziente.

Nel caso in cui la proposta sia approvata, il sanitario responsabile del distretto e il medico di medicina generale devono concordare le modalità di svolgimento dell'ADI (es. durata presumibile dell'ADI, tipologia degli altri operatori sanitari coinvolti, ecc.).

Che cosa sono i Livelli essenziali di assistenza (LEA)?

Sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto ad assicurare a tutti i cittadini indipendentemente dal reddito posseduto e dalla residenza, gratuitamente o attraverso il pagamento di una quota di partecipazione (c.d. ticket).

I Livelli essenziali di assistenza hanno trovato la definizione, a suo tempo prescritta dal decreto legislativo n. 229/1999, in sede di accordo in data 22 Novembre 2001 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e sono stati recepiti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 29 Novembre 2001 (pubblicato sul supplemento ordinario della *Gazzetta Ufficiale* l'8 febbraio del 2002).

È importante sottolineare che le prestazioni incluse nei LEA sono garantite a tutti i cittadini grazie alle risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

Tuttavia le regioni possono utilizzare risorse proprie per garantire prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA.

Il decreto 29/11/2001 suddivide i LEA in tre grandi categorie:

1) *l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro* comprende le seguenti prestazioni:

- tutela della collettività e dei singoli dagli effetti dell'inquinamento;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro;
- sanità pubblica veterinaria;
- tutela igienico sanitaria degli alimenti;
- profilassi delle malattie infettive;
- vaccinazioni (obbligatorie e raccomandate) e programmi di diagnosi precoce;
- medicina legale.

2) *l'assistenza distrettuale*, relativa ai servizi diffusi capillarmente su tutto il territorio, comprende le seguenti prestazioni:

- medicina di base;
- assistenza farmaceutica;
- assistenza specialistica e diagnostica ambulatoriale;
- assistenza protesica ai disabili;
- servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi;
- servizi consultoriali (ad es. consultori familiari, servizi per la salute mentale, ecc.);
- assistenza attraverso strutture semiresidenziali e residenziali (ad es. residenze per gli anziani e i disabili);
- assistenza termale.

3) *l'assistenza ospedaliera* comprende le seguenti prestazioni:

- pronto soccorso;
- ricovero ordinario (cioè, ricovero non urgente concordato con il medico ospedaliero);
- *day hospital* (cioè, ricovero effettuato nell'arco della giornata);
- *day surgery* (cioè, ricovero che permette l'effettuazio-

- ne di interventi chirurgici programmati, con dimissione il pomeriggio dello stesso giorno);
- interventi ospedalieri a domicilio;
- riabilitazione;
- lungodegenza;
- raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali;
- attività di prelievo, conservazione e distribuzione di tessuti;
- attività di trapianto e di organi e di tessuti.

Quali prestazioni sono totalmente escluse dai LEA?

Le prestazioni totalmente escluse dai Livelli essenziali di assistenza sono le seguenti:

- chirurgia estetica non conseguente ad incidenti, malattie o malformazioni congenite;
- circoncisione rituale maschile;
- medicine non convenzionali (agopuntura - fatta eccezione per le indicazioni anestesiolgiche – fitoterapia, medicina antroposofica, medicina ayurvedica, omeopatia, chiropratica, osteopatia, nonché tutte le altre non espressamente citate);
- vaccinazioni non obbligatorie in occasione di soggiorni all'estero;
- certificazioni mediche (con esclusione di quelle richieste a norma di legge dalle istituzioni scolastiche per la pratica non agonistica per i propri alunni), non rispondenti a fini di tutela di salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge (incluse le certificazioni di idoneità alla pratica di attività sportiva, agonistica e non, idoneità fisica all'impiego, idoneità al servizio civile, idoneità all'affidamento e all'adozione, rilascio patente, porto d'armi, ecc.);
- le prestazioni di medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale (esercizio assistito in acqua, idromassoterapia,

ginnastica vascolare in acqua, diatermia a onde corte e microonde, agopuntura con moxa r evulsivante, ipertermia Nas, massoterapia distrettuale riflessogena, pressoterapia o pressodepressoterapia intermittente, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, trazione scheletrica, ionoforesi, laserterapia antalgica, mesoterapia, fotoforesi terapeutica, fotochemioterapia extracorporea, fotoforesi extracorporea).

Quali prestazioni sono parzialmente escluse dai LEA?

Le prestazioni parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche sono le seguenti:

- assistenza odontoiatrica limitatamente alle fasce di utenti in condizioni di particolare vulnerabilità e a programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva;
- desintometria ossea limitatamente alle condizioni per le quali vi sono evidenze di efficacia clinica;
- medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale solo in presenza di alcuni presupposti (quali la presenza di quadri patologici definiti, l'età degli assistiti, un congruo intervallo di tempo rispetto alla precedente erogazione, ecc.) ovvero di specifiche modalità di erogazione (es. durata minima della prestazione, non associazione con altre prestazioni definite, ecc.);
- chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri erogabile limitatamente a casi particolari di pazienti con anisometropia grave o che non possono portare lenti a contatto o occhiali.

Che cosa deve sapere il cittadino che si rivolge al pronto soccorso?

Deve essere innanzitutto a conoscenza che la funzione peculiare del pronto soccorso è quella di gestire le emergenze; pertanto il cittadino che accede direttamente al pronto soccorso viene sottoposto ad una prima valutazione da un infermiere esperto e accede alle cure e più o meno rapidamente a seconda del carattere e di priorità che viene attribuito alla sua patologia (sistema del “triage”).

In linea generale l'accesso al pronto soccorso è gratuito; alcune Regioni, tuttavia, possono prevedere il pagamento di un ticket nei casi in cui l'accesso al pronto soccorso sia ritenuto “improprio”, cioè evitabile.

Per capire meglio come è disciplinato il sistema di emergenza sanitaria, riportiamo alcune considerazioni (linee guida) sul triage intraospedaliero, contenute nell'Accordo 25 Ottobre 2001 tra il Ministero della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (*Gazzetta ufficiale*, 7 dicembre 2001, n. 285):

Il sistema di “triage”, che è uno strumento organizzativo attraverso il quale i pazienti vengono selezionati e classificati in base al tipo e all'urgenza delle loro condizioni, è da distinguere dalla visita medica, in quanto l'obiettivo del “triage” è proprio la definizione della priorità con cui il paziente verrà visitato dal medico.

Il termine triage deriva dal verbo francese “trier” e significa scegliere, classificare e indica quindi il metodo di valutazione e selezione immediata usato per assegnare il grado di priorità per il trattamento, quando si è in presenza di molti pazienti.

Il triage deve essere svolto da un infermiere esperto e specificamente formato, sempre presente nella zona di accoglimento del pronto soccorso ed in grado di considerare i segni e sintomi del paziente per identificarne le condizioni potenzialmente pericolose per la vita e determinare un codice di gravità per ciascun paziente al fine di stabilirne le priorità di accesso alla visita medica.

L'infermiere opera sotto la supervisione del medico in servizio, responsabile dell'attività, e secondo pr otocolli predefiniti riconosciuti e appr ovati dal responsabile del servizio di pronto soccorso-accettazione o dipartimento di emergenza-urgenza ed accettazione.

L'attività del triage si articola in:

- accoglienza: raccolta di dati, di eventuale documentazione medica, di infor mazioni da parte di familiari e/o soccorritori, rilevamento parametri vitali e r egistrazione;
- assegnazione codice di gravità: è opportuno che vengano attribuiti codici color e sia per criteri di praticità, omogeneità ed efficacia visiva, sia per ché di immediata comprensione anche da parte dei pazienti. È necessario inoltre che tale criterio coincida con i codici utilizzati nella fase extraospedaliera.

I codici di criticità, articolati in quattr o categorie ed identificati con color e sono:

- codice ROSSO: molto critico, priorità massima, pazienti con compromissione delle funzioni vitali, accesso immediato alle cure;
- codice GIALLO: mediamente critico, priorità inter media;
- codice VERDE: poco critico, priorità bassa, pr estazioni differibili;
- codice BIANCO: non critico, pazienti non ur genti.

APPENDICE

Legge 19 febbraio 2004, n. 40
*Norme in materia di procreazione
medicalmente assistita.*

Legge 1° aprile 1999, n. 91
*“Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti
di organi e di tessuti”*

Codice di deontologia medica (1998)

LEGGE 19 FEBBRAIO 2004, N.40

Norme in materia di procreazione medicalmente assistita

(Approvato dalla Camera dei Deputati il 18 giugno 2002 - Approvato con modificazioni dal Senato della Repubblica l'11 dicembre 2003 - Approvato definitivamente dalla Camera dei Deputati il 10 febbraio 2004 - Pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 24 febbraio 2004, n.45)

Capo I PRINCÌPI GENERALI

Art. 1. (Finalità)

1. Al fine di favorire e la soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dalla infertilità umana è consentito il ricorso alla procreazione medicalmente assistita, alle condizioni e secondo le modalità previste dalla presente legge, che assicura i diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito.

2. Il ricorso alla procreazione medicalmente assistita è consentito qualora non vi siano altri metodi terapeutici efficaci per rimuovere le cause di sterilità o infertilità.

Art. 2. (Interventi contro la sterilità e la infertilità)

1. Il Ministro della salute, sentito il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, può promuovere ricerche sulle cause

patologiche, psicologiche, ambientali e sociali dei fenomeni della sterilità e della infertilità e favorire gli interventi necessari per rimuoverle nonché per ridurre l'incidenza, può incentivare gli studi e le ricerche sulle tecniche di crioconservazione dei gameti e può altresì promuovere campagne di informazione e di prevenzione dei fenomeni della sterilità e della infertilità.

2. Per le finalità di cui al comma 1 è autorizzata la spesa massima di 2 milioni di euro a decorrere dal 2004.

3. All'onere derivante dall'attuazione del comma 2 si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2004-2006, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente «Fondo speciale» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2004, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute. Il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Art. 3.

(Modifica alla legge 29 luglio 1975, n. 405)

1. Al primo comma dell'articolo 1 della legge 29 luglio 1975, n. 405, sono aggiunte, in fine, le seguenti lettere:
«d-bis) l'informazione e l'assistenza riguardo ai problemi della sterilità e della infertilità umana, nonché alle tecniche di procreazione medicalmente assistita;
d-ter) l'informazione sulle procedure per l'adozione e l'affidamento familiare».
2. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Capo II

ACCESSO ALLE TECNICHE

Art. 4.

(Accesso alle tecniche)

1. Il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è consentito solo quando sia accertata l'impossibilità di rimuovere altrimenti le cause impeditive della procreazione ed è comunque circoscritto ai casi di sterilità o di infertilità inspiegate documentate da atto medico nonché ai casi di sterilità o di

infertilità da causa accertata e certificata da atto medico.

2. Le tecniche di procreazione medicalmente assistita sono applicate in base ai seguenti principi:

- a) gradualità, al fine di evitar e il ricorso ad interventi aventi un grado di invasività tecnico e psicologico più gravoso per i destinatari, ispirandosi al principio della minor e invasività;
- b) consenso informato, da realizzare ai sensi dell'articolo 6.

3. È vietato il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo.

Art. 5.

(Requisiti soggettivi)

1. Fermo restando quanto stabilito dall'articolo 4, comma 1, possono accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita coppie di maggiorenni di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile, entrambi viventi.

Art. 6.

(Consenso informato)

1. Per le finalità indicate dal comma 3, prima del ricorso ed in ogni fase di applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita il medico informa in maniera dettagliata i soggetti di cui all'articolo 5 sui metodi, sui problemi bioetici e sui possibili effetti collaterali sanitari e psicologici conseguenti all'applicazione delle tecniche stesse, sulle probabilità di successo e sui rischi dalle stesse derivanti, nonché sulle relative conseguenze giuridiche per la donna, per l'uomo e per il nascituro. Alla coppia deve essere prospettata la possibilità di ricorrere a procedure di adozione o di affidamento ai sensi della legge 4 maggio 1983, n. 184, e successive modificazioni, come alternativa alla procreazione medicalmente assistita. Le informazioni di cui al presente comma e quelle concernenti il grado di invasività delle tecniche nei confronti della donna e dell'uomo devono essere fornite per ciascuna delle tecniche applicate e in modo tale da garantire il formarsi di una volontà consapevole e consapevolmente espressa.

2. Alla coppia devono essere prospettati con chiarezza i costi economici dell'intera procedura qualora si tratti di strutture private autorizzate.

3. La volontà di entrambi i soggetti di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è espressa per iscritto con-

giuntamente al medico responsabile della struttura, secondo modalità definite con decreto dei Ministri della giustizia e della salute, adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge. Tra la manifestazione della volontà e l'applicazione della tecnica deve intercorrere un termine non inferiore a sette giorni. La volontà può essere revocata da ciascuno dei soggetti indicati dal presente comma fino al momento della fecondazione dell'ovulo.

4. Fatti salvi i requisiti previsti dalla presente legge, il medico responsabile della struttura può decidere di non procedere alla procreazione medicalmente assistita, esclusivamente per motivi di ordine medico-sanitario. In tale caso deve fornire alla coppia motivazione scritta di tale decisione.

5. Ai richiedenti, al momento di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, devono essere esplicitate con chiarezza e mediante sottoscrizione le conseguenze giuridiche di cui all'articolo 8 e all'articolo 9 della presente legge.

Art. 7.

(Linee guida)

1. Il Ministro della salute, avvalendosi dell'Istituto superiore di sanità, e previo parere del Consiglio superiore di sanità, definisce, con proprio decreto, da emanare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, linee guida contenenti l'indicazione delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

2. Le linee guida di cui al comma 1 sono vincolanti per tutte le strutture autorizzate.

3. Le linee guida sono aggiornate periodicamente, almeno ogni tre anni, in rapporto all'evoluzione tecnico-scientifica, con le medesime procedure di cui al comma 1.

Capo III

DISPOSIZIONI CONCERNENTI LA TUTELA DEL NASCITURO

Art. 8.

(Stato giuridico del nato)

1. I nati a seguito dell'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita hanno lo stato di figli legittimi o di figli

riconosciuti della coppia che ha espresso la volontà di ricorrere alle tecniche medesime ai sensi dell'articolo 6.

Art. 9.

(Divieto del disconoscimento della paternità e dell'anonimato della madre)

1. Qualora si ricorra a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo in violazione del divieto di cui all'articolo 4, comma 3, il coniuge o il convivente il cui consenso è ricavabile da atti concludenti non può esercitare l'azione di disconoscimento della paternità nei casi previsti dall'articolo 235, primo comma, numeri 1) e 2), del codice civile, né l'impugnazione di cui all'articolo 263 dello stesso codice.
2. La madre del nato a seguito dell'applicazione di tecniche di procreazione medicalmente assistita non può dichiarare la volontà di non essere nominata, ai sensi dell'articolo 30, comma 1, del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396.
3. In caso di applicazione di tecniche di tipo eterologo in violazione del divieto di cui all'articolo 4, comma 3, il donatore di gameti non acquisisce alcuna relazione giuridica parentale con il nato e non può far valere nei suoi confronti alcun diritto né essere titolare di obblighi.

Capo IV

REGOLAMENTAZIONE DELLE STRUTTURE AUTORIZZATE ALL'APPLICAZIONE DELLE TECNICHE DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Art. 10.

(Strutture autorizzate)

1. Gli interventi di procreazione medicalmente assistita sono realizzati nelle strutture pubbliche e private autorizzate dalle regioni e iscritte al registro di cui all'articolo 11.
2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano definiscono con proprio atto, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge:
 - a) i requisiti tecnico-scientifici e organizzativi delle strutture;
 - b) le caratteristiche del personale delle strutture;
 - c) i criteri per la determinazione della durata delle autorizzazioni

e dei casi di r evoca delle stesse;
d) i criteri per lo svolgimento dei contr olli sul rispetto delle disposizioni della presente legge e sul per manere dei r equisiti tecnico-scientifici e organizzativi delle strutture.

Art. 11.

(Registro)

1. È istituito, con decr eto del Ministro della salute, pr esso l'Istituto superiore di sanità, il r egistro nazionale delle struttur e autorizzate all'applicazione delle tecniche di pr ocreazione medicalmente assistita, degli embrioni for mati e dei nati a seguito dell'applicazione delle tecniche medesime.

2. L'iscrizione al r egistro di cui al comma 1 è obbligatoria.

3. L'Istituto superiore di sanità raccoglie e dif fonde, in collaborazione con gli osservatori epidemiologici r egionali, le infor mazioni necessarie al fine di consentir e la trasparenza e la pubblicità delle tecniche di pr ocreazione medicalmente assistita adottate e dei risultati conseguiti.

4. L'Istituto superiore di sanità raccoglie le istanze, le infor mazioni, i suggerimenti, le pr oposte delle società scientifiche e degli utenti riguardanti la pr ocreazione medicalmente assistita.

5. Le strutture di cui al pr esente articolo sono tenute a for nire agli osservatori epidemiologici r egionali e all'Istituto superiore di sanità i dati necessari per le finalità indicate dall'articolo 15 nonchè ogni altra infor mazione necessaria allo svolgimento delle funzioni di contr ollo e di ispezione da parte delle autorità competenti.

6. All'onere derivante dall'attuazione del pr esente articolo, determinato nella misura massima di 154.937 eur o a decorr ere dall'anno 2004, si pr ovvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2004-2006, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corr ente «Fondo speciale» dello stato di pr evisione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2004, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute. Il Ministr o dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportar e, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Capo V DIVIETI E SANZIONI

Art. 12.

(Divieti generali e sanzioni)

1. Chiunque a qualsiasi titolo utilizza a fini procreativi gameti di soggetti estranei alla coppia richiedente, in violazione di quanto previsto dall'articolo 4, comma 3, è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 300.000 a 600.000 eur o.
2. Chiunque a qualsiasi titolo, in violazione dell'articolo 5, applica tecniche di procreazione medicalmente assistita a coppie i cui componenti non siano entrambi viventi o uno dei cui componenti sia minorenni ovvero che siano composte da soggetti dello stesso sesso o non coniugati o non conviventi è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 200.000 a 400.000 eur o.
3. Per l'accertamento dei requisiti di cui al comma 2 il medico si avvale di una dichiarazione sottoscritta dai soggetti richiedenti. In caso di dichiarazioni mendaci si applica l'articolo 76, commi 1 e 2, del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445.
4. Chiunque applica tecniche di procreazione medicalmente assistita senza avere raccolto il consenso secondo le modalità di cui all'articolo 6 è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 5.000 a 50.000 eur o.
5. Chiunque a qualsiasi titolo applica tecniche di procreazione medicalmente assistita in strutture diverse da quelle di cui all'articolo 10 è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 100.000 a 300.000 eur o.
6. Chiunque, in qualsiasi forma, realizza, organizza o pubblicizza la commercializzazione di gameti o di embrioni o la surrogazione di maternità è punito con la reclusione da tre mesi a due anni e con la multa da 600.000 a un milione di eur o.
7. Chiunque realizza un processo volto ad ottenere un essere umano discendente da un'unica cellula di partenza, eventualmente identico, quanto al patrimonio genetico nucleare, ad un altro essere umano in vita o morto, è punito con la reclusione da dieci a venti anni e con la multa da 600.000 a un milione di eur o. Il medico è punito, altresì, con l'interdizione perpetua dall'esercizio della professione.

8. Non sono punibili l'uomo o la donna ai quali sono applicate le tecniche nei casi di cui ai commi 1, 2, 4 e 5.

9. È disposta la sospensione da uno a tre anni dall'esercizio professionale nei confronti dell'esercente una professione sanitaria condannato per uno degli illeciti di cui al presente articolo, salvo quanto previsto dal comma 7.

10. L'autorizzazione concessa ai sensi dell'articolo 10 alla struttura al cui interno è eseguita una delle pratiche vietate ai sensi del presente articolo è sospesa per un anno. Nell'ipotesi di più violazioni dei divieti di cui al presente articolo o di recidiva l'autorizzazione può essere revocata.

Capo VI

MISURE DI TUTELA DELL'EMBRIONE

Art. 13.

(Sperimentazione sugli embrioni umani)

1. È vietata qualsiasi sperimentazione su ciascun embrione umano.

2. La ricerca clinica e sperimentale su ciascun embrione umano è consentita a condizione che si perseguano finalità esclusivamente terapeutiche e diagnostiche ad essa collegate volte alla tutela della salute e allo sviluppo dell'embrione stesso, e qualora non siano disponibili metodologie alternative.

3. Sono, comunque, vietati:

a) la produzione di embrioni umani a fini di ricerca o di sperimentazione o comunque a fini diversi da quello previsto dalla presente legge;

b) ogni forma di selezione a scopo eugenetico degli embrioni e dei gameti ovvero interventi che, attraverso tecniche di selezione, di manipolazione o comunque tramite procedimenti artificiali, siano diretti ad alterare il patrimonio genetico dell'embrione o del gamete ovvero a predeterminarne caratteristiche genetiche, ad eccezione degli interventi aventi finalità diagnostiche e terapeutiche, di cui al comma 2 del presente articolo;

c) interventi di clonazione mediante trasferimento di nucleo o di scissione precoce dell'embrione o di ectogenesi sia a fini procreativi sia di ricerca;

d) la fecondazione di un gamete umano con un gamete di specie diversa e la produzione di ibridi o di chimer e.

4. La violazione dei divieti di cui al comma 1 è punita con la reclusione da due a sei anni e con la multa da 50.000 a 150.000 euro. In caso di violazione di uno dei divieti di cui al comma 3 la pena è aumentata. Le circostanze attenuanti concorrenti con le circostanze aggravanti previste dal comma 3 non possono essere ritenute equivalenti o prevalenti rispetto a queste.
5. È disposta la sospensione da uno a tre anni dall'esercizio professionale nei confronti dell'esercente una professione sanitaria condannato per uno degli illeciti di cui al presente articolo.

Art. 14.

(Limiti all'applicazione delle tecniche sugli embrioni)

1. È vietata la crioconservazione e la soppressione di embrioni, fermo restando quanto previsto dalla legge 22 maggio 1978, n. 194.
2. Le tecniche di produzione degli embrioni, tenuto conto dell'evoluzione tecnico-scientifica e di quanto previsto dall'articolo 7, comma 3, non devono creare un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario ad un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre.
3. Qualora il trasferimento nell'utero degli embrioni non risulti possibile per grave e documentata causa di forza maggiore e relativa allo stato di salute della donna non prevedibile al momento della fecondazione è consentita la crioconservazione degli embrioni stessi fino alla data del trasferimento, da realizzare non appena possibile.
4. Ai fini della presente legge sulla procreazione medicalmente assistita è vietata la riduzione embrionaria di gravidanze plurime, salvo nei casi previsti dalla legge 22 maggio 1978, n. 194.
5. I soggetti di cui all'articolo 5 sono informati sul numero e, su loro richiesta, sullo stato di salute degli embrioni prodotti e da trasferire nell'utero.
6. La violazione di uno dei divieti e degli obblighi di cui ai commi precedenti è punita con la reclusione fino a tre anni e con la multa da 50.000 a 150.000 euro.
7. È disposta la sospensione fino ad un anno dall'esercizio professionale nei confronti dell'esercente una professione sanitaria condannato per uno dei reati di cui al presente articolo.
8. È consentita la crioconservazione dei gameti maschili e femminili, previo consenso informato e scritto.

9. La violazione delle disposizioni di cui al comma 8 è punita con la sanzione amministrativa pecuniaria da 5.000 a 50.000 eur o.

Capo VII DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE

Art. 15.

(Relazione al Parlamento)

1. L'Istituto superiore di sanità pr edispone, entro il 28 febbraio di ciascun anno, una r elazione annuale per il Ministr o della salute in base ai dati raccolti ai sensi dell'articolo 11, comma 5, sull'attività delle strutture autorizzate, con particolar e riferimento alla valutazione epidemiologica delle tecniche e degli interventi effettuati.

2. Il Ministr o della salute, sulla base dei dati indicati al comma 1, presenta entro il 30 giugno di ogni anno una r elazione al Parlamento sull'attuazione della pr esente legge.

Art. 16.

(Obiezione di coscienza)

1. Il personale sanitario ed eser cente le attività sanitarie ausiliarie non è tenuto a pr endere parte alle pr ocedure per l'applicazione delle tecniche di pr ocreazione medicalmente assistita disciplinate dalla presente legge quando sollevi obiezione di coscienza con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dell'obiettor e deve essere comunicata entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge al direttore dell'azienda unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera, nel caso di personale dipendente, al direttore sanitario, nel caso di personale dipendente da strutture private autorizzate o accreditate.

2. L'obiezione può essere sempre revocata o venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al comma 1, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua pr esentazione agli organismi di cui al comma 1.

3. L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed eser - cente le attività sanitarie ausiliarie dal compimento delle pr ocedure e delle attività specificatamente e necessariamente dir ette a determinare l'intervento di pr ocreazione medicalmente assistita e non dall'assistenza antecedente e conseguente l'intervento.

Art. 17.

(Disposizioni transitorie)

1. Le strutture e i centri iscritti nell'elenco predisposto presso l'Istituto superiore di sanità ai sensi dell'ordinanza del Ministro della sanità del 5 marzo 1997, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 55 del 7 marzo 1997, sono autorizzati ad applicare le tecniche di procreazione medicalmente assistita, nel rispetto delle disposizioni della presente legge, fino al nono mese successivo alla data di entrata in vigore della presente legge.
2. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le strutture e i centri di cui al comma 1 trasmettono al Ministero della salute un elenco contenente l'indicazione numerica degli embrioni prodotti a seguito dell'applicazione di tecniche di procreazione medicalmente assistita nel periodo precedente la data di entrata in vigore della presente legge, nonché, nel rispetto delle vigenti disposizioni sulla tutela della riservatezza dei dati personali, l'indicazione nominativa di coloro che hanno fatto ricorso alle tecniche medesime a seguito delle quali sono stati formati gli embrioni. La violazione della disposizione del presente comma è punita con la sanzione amministrativa pecuniaria da 25.000 a 50.000 euro.
3. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministro della salute, avvalendosi dell'Istituto superiore di sanità, definisce, con proprio decreto, le modalità e i termini di conservazione degli embrioni di cui al comma 2.

Art. 18.

(Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita)

1. Al fine di favorire l'accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita da parte dei soggetti di cui all'articolo 5, presso il Ministero della salute è istituito il Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita. Il Fondo è ripartito tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla base di criteri determinati con decreto del Ministro della salute, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.
2. Per la dotazione del Fondo di cui al comma 1 è autorizzata la spesa di 6,8 milioni di euro a decorrere dall'anno 2004.

3. All'onere derivante dall'attuazione del presente articolo si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2004-2006, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente «Fondo speciale» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2004, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero medesimo. Il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 19 febbraio 2004

CIAMPI

Berlusconi, Presidente del Consiglio dei Ministri
Visto, il Guardasigilli: Castelli

LEGGE 1° APRILE 1999, N. 91

“Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti”

pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 87 del 15 aprile 1999

Capo I
DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 1.
(Finalità)

1. La presente legge disciplina il prelievo di organi e di tessuti da soggetto di cui sia stata accertata la morte ai sensi della legge 29 dicembre 1993, n. 578, e regolamenta le attività di prelievo e di trapianto di tessuti e di espianto e di trapianto di organi.
2. Le attività di trapianto di organi e di tessuti ed il coordinamento delle stesse costituiscono obiettivi del Servizio sanitario nazionale. Il procedimento per l'esecuzione dei trapianti è disciplinato secondo modalità tali da assicurare e il rispetto dei criteri di trasparenza e di pari opportunità tra i cittadini, prevedendo criteri di accesso alle liste di attesa determinati da parametri clinici ed immunologici.

Art. 2.
(Promozione dell'informazione)

1. Il Ministro della sanità, d'intesa con i Ministri della pubblica istruzione e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentito il Centro nazionale per i trapianti, di cui all'articolo 8, in collaborazione con gli enti locali, le scuole, le associazioni di

volontariato e quelle di interesse collettivo, le società scientifiche, le aziende unità sanitarie locali, i medici di medicina generale e le strutture sanitarie pubbliche e private, promuovono, nel rispetto di una libera e consapevole scelta, iniziative di informazione dirette a diffondere tra i cittadini:

a) la conoscenza delle disposizioni della presente legge, nonché della legge 29 dicembre 1993, n. 578, e del decreto del Ministro della sanità 22 agosto 1994, n. 582;

b) la conoscenza di stili di vita utili a prevenire l'insorgenza di patologie che possano richiedere e come terapia anche il trapianto di organi;

c) la conoscenza delle possibilità terapeutiche e delle problematiche scientifiche collegate al trapianto di organi e di tessuti.

2. Le regioni e le aziende unità sanitarie locali, in collaborazione con i centri regionali o interregionali per i trapianti di cui all'articolo 10 e con i coordinatori locali di cui all'articolo 12, adottano iniziative volte a:

a) diffondere tra i medici di medicina generale e tra i medici delle strutture sanitarie pubbliche e private la conoscenza delle disposizioni della presente legge, nonché della legge 29 dicembre 1993, n. 578, e del decreto del Ministro della sanità 22 agosto 1994, n. 582;

b) diffondere tra i cittadini una corretta informazione sui trapianti di organi e di tessuti, anche avvalendosi dell'attività svolta dai medici di medicina generale;

c) promuovere nel territorio di competenza l'educazione sanitaria e la crescita culturale in materia di prevenzione primaria, di terapie tradizionali ed alternative e di trapianti.

3. Per le finalità di cui al presente articolo è autorizzata la spesa complessiva di lire 2.000 milioni annue a decorrere dal 1999, di cui lire 1.800 milioni per l'attuazione del comma 1 e lire 200 milioni per l'attuazione del comma 2.

Capo II

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ IN ORDINE AL PRELIEVO DI ORGANI E DI TESSUTI

Art. 3.

(Prelievo di organi e di tessuti)

1. Il prelievo di organi e di tessuti è consentito secondo le moda-

lità previste dalla presente legge ed è effettuato previo accertamento della morte ai sensi della legge 29 dicembre 1993, n. 578, e del decreto del Ministro della sanità 22 agosto 1994, n. 582.

2. All'inizio del periodo di osservazione ai fini dell'accertamento di morte ai sensi della legge 29 dicembre 1993, n. 578, e del decreto del Ministro della sanità 22 agosto 1994, n. 582, i medici delle strutture di cui all'articolo 13 forniscono informazioni sulle opportunità terapeutiche per le persone in attesa di trapianto nonché sulla natura e sulle circostanze del prelievo al coniuge non separato o al convivente *more uxorio* o, in mancanza, ai figli maggiori di età o, in mancanza di questi ultimi, ai genitori ovvero al rappresentante legale.

3. È vietato il prelievo delle gonadi e dell'encefalo.

4. La manipolazione genetica degli embrioni è vietata anche ai fini del trapianto di organo.

Art. 4.

(Dichiarazione di volontà in ordine alla donazione)

1. Entro i termini, nelle forme e nei modi stabiliti dalla presente legge e dal decreto del Ministro della sanità di cui all'articolo 5, comma 1, i cittadini sono tenuti a dichiarare la propria libera volontà in ordine alla donazione di organi e di tessuti del proprio corpo successivamente alla morte, e sono informati che la mancata dichiarazione di volontà è considerata quale assenso alla donazione, secondo quanto stabilito dai commi 4 e 5 del presente articolo.

2. I soggetti cui non sia stata notificata la richiesta di manifestazione della propria volontà in ordine alla donazione di organi e di tessuti, secondo le modalità indicate con il decreto del Ministro della sanità di cui all'articolo 5, comma 1, sono considerati non donatori.

3. Per i minori di età la dichiarazione di volontà in ordine alla donazione è manifestata dai genitori esercenti la potestà. In caso di non accordo tra i due genitori non è possibile procedere alla manifestazione di disponibilità alla donazione. Non è consentita la manifestazione di volontà in ordine alla donazione di organi per i nati, per i soggetti non aventi la capacità di agire e nonchè per i minori affidati o ricoverati presso istituti di assistenza pubblici o privati.

4. Fatto salvo quanto previsto dal comma 5, il prelievo di organi

e di tessuti successivamente alla dichiarazione di morte è consentito:

a) nel caso in cui dai dati inseriti nel sistema informativo dei trapianti di cui all'articolo 7 ovvero dai dati registrati sui documenti sanitari personali risulti che il soggetto stesso abbia espresso in vita dichiarazione di volontà favorevole al prelievo;

b) qualora dai dati inseriti nel sistema informativo dei trapianti di cui all'articolo 7 risulti che il soggetto sia stato informato ai sensi del decreto del Ministro della sanità di cui all'articolo 5, comma 1, e non abbia espresso alcuna volontà.

5. Nei casi previsti dal comma 4, lettera b), il prelievo è consentito salvo che, entro il termine corrispondente al periodo di osservazione ai fini dell'accertamento di morte, di cui all'articolo 4 del decreto del Ministro della sanità 22 agosto 1994, n. 582, sia presentata una dichiarazione autografa di volontà contraria al prelievo del soggetto di cui sia accertata la morte.

6. Il prelievo di organi e di tessuti effettuato in violazione delle disposizioni di cui al presente articolo è punito con la reclusione fino a due anni e con l'interdizione dall'esercizio della professione sanitaria fino a due anni.

Art. 5.

(Disposizioni di attuazione delle norme sulla dichiarazione di volontà)

1. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministro della sanità, con proprio decreto, disciplina:

a) i termini, le forme e le modalità attraverso i quali le aziende unità sanitarie locali sono tenute a notificare ai propri assistiti, secondo le modalità stabilite dalla legge, la richiesta di dichiarare la propria libera volontà in ordine alla donazione di organi e di tessuti del proprio corpo successivamente alla morte, a scopo di trapianto, secondo modalità tali da garantire e l'effettiva conoscenza della richiesta da parte di ciascun assistito;

b) le modalità attraverso le quali accertare e se la richiesta di cui alla lettera a) sia stata effettivamente notificata;

c) le modalità attraverso le quali ciascun soggetto di cui alla lettera a) è tenuto a dichiarare la propria volontà in ordine alla donazione di organi e di tessuti successivamente alla morte, prevedendo che la dichiarazione debba essere resa entro novanta

giorni dalla data di notifica della richiesta ai sensi della lettera *a*);
d) le modalità attraverso le quali i soggetti che non hanno dichiarato alcuna volontà in ordine alla donazione di organi e di tessuti successivamente alla morte sono sollecitati periodicamente a rendere tale dichiarazione di volontà, anche attraverso l'azione dei medici di medicina generale e degli uffici della pubblica amministrazione nei casi di richiesta dei documenti personali di identità;

e) i termini e le modalità attraverso i quali modificare la dichiarazione di volontà resa;

f) le modalità di conservazione dei dati relativi ai donatori, ai soggetti che non hanno espresso alcuna volontà e ai non donatori presso le aziende unità sanitarie locali, nonché di registrazione dei medesimi dati sui documenti sanitari personali;

g) le modalità di trasmissione dei dati relativi ai donatori, ai soggetti che non hanno espresso alcuna volontà ed ai non donatori dalle aziende unità sanitarie locali al Centro nazionale per i trapianti, ai centri regionali o interregionali per i trapianti e alle strutture per i prelievi;

h) le modalità attraverso le quali i comuni trasmettono alle aziende unità sanitarie locali i dati relativi ai residenti.

2. Alle disposizioni del presente articolo è data attuazione contestualmente alla istituzione della tessera sanitaria di cui all'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, con modalità tali da non comportare oneri aggiuntivi per il bilancio dello Stato e degli enti di cui agli articoli 25 e 27 della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni, rispetto a quelli necessari per la distribuzione della predetta tessera.

3. Con il decreto di cui al comma 1 sono altresì definiti i termini e le modalità della dichiarazione di volontà in ordine alla donazione di organi e di tessuti successivamente alla morte da parte degli stranieri regolarmente presenti sul territorio nazionale nonché degli stranieri che richiedono la cittadinanza.

Art. 6.

(Trapianto terapeutico)

1. I prelievi di organi e di tessuti disciplinati dalla presente legge sono effettuati esclusivamente a scopo di trapianto terapeutico.

Capo III
ORGANIZZAZIONE DEI PRELIEVI E DEI TRAPIANTI
DI ORGANI E DI TESSUTI

Art. 7.

(Principi organizzativi)

1. L'organizzazione nazionale dei prelievi e dei trapianti è costituita dal Centro nazionale per i trapianti, dalla Consulta tecnica permanente per i trapianti, dai centri regionali o interregionali per i trapianti, dalle strutture per i prelievi, dalle strutture per la conservazione dei tessuti prelevati, dalle strutture per i trapianti e dalle aziende unità sanitarie locali.
2. È istituito il sistema informativo dei trapianti nell'ambito del sistema informativo sanitario nazionale.
3. Il Ministro della sanità, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con proprio decreto, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentita l'Autorità per l'informatica nella pubblica amministrazione, stabilisce gli obiettivi, le funzioni e la struttura del sistema informativo dei trapianti, comprese le modalità del collegamento telematico tra i soggetti di cui al comma 1, nell'ambito delle risorse informatiche e telematiche disponibili per il Servizio sanitario nazionale ed in coerenza con le specifiche tecniche della rete unitaria della pubblica amministrazione.
4. Per l'istituzione del sistema informativo dei trapianti è autorizzata la spesa di lire 1.000 milioni annue a decorrere dal 1999.

Art. 8.

(Centro nazionale per i trapianti)

1. È istituito presso l'Istituto superiore di sanità il Centro nazionale per i trapianti, di seguito denominato "Centro nazionale".
2. Il Centro nazionale è composto:
 - a) dal direttore dell'Istituto superiore di sanità, con funzioni di presidente;
 - b) da un rappresentante per ciascuno dei centri regionali o interregionali per i trapianti, designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;
 - c) dal direttore generale.

3. I componenti del Centro nazionale sono nominati con decreto del Ministro della sanità.

4. Il direttore generale è scelto tra i dirigenti di ricerca dell'Istituto superiore di sanità ovvero tra i medici non dipendenti dall'Istituto in possesso di comprovata esperienza in materia di trapianti ed è assunto con contratto di diritto privato di durata quinquennale. Al rapporto contrattuale si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni previste dall'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

5. Per lo svolgimento delle proprie funzioni il Centro nazionale si avvale del personale dell'Istituto superiore di sanità.

6. Il Centro nazionale svolge le seguenti funzioni:

a) cura, attraverso il sistema informativo dei trapianti di cui all'articolo 7, la tenuta delle liste delle persone in attesa di trapianto, differenziate per tipologia di trapianto, risultanti dai dati trasmessi dai centri regionali o interregionali per i trapianti, ovvero dalle strutture per i trapianti e dalle aziende unità sanitarie locali, secondo modalità tali da assicurare la disponibilità di tali dati 24 ore su 24;

b) definisce i parametri tecnici ed i criteri per l'inserimento dei dati relativi alle persone in attesa di trapianto allo scopo di assicurare l'omogeneità dei dati stessi, con particolare riferimento alla tipologia ed all'urgenza del trapianto richiesto, e di consentire l'individuazione dei riceventi;

c) individua i criteri per la definizione di protocolli operativi per l'assegnazione degli organi e dei tessuti secondo parametri stabiliti esclusivamente in base alle urgenze ed alle compatibilità risultanti dai dati contenuti nelle liste di cui alla lettera *a)*;

d) definisce linee guida rivolte ai centri regionali o interregionali per i trapianti allo scopo di uniformare l'attività di prelievo e di trapianto sul territorio nazionale;

e) verifica l'applicazione dei criteri e dei parametri di cui alla lettera *c)* e delle linee guida di cui alla lettera *d)*;

f) procede all'assegnazione degli organi per i casi relativi alle urgenze, per i programmi definiti a livello nazionale e per i tipi di trapianto per i quali il bacino di utenza minimo corrisponde al territorio nazionale, secondo i criteri stabiliti ai sensi della lettera *c)*;

g) definisce criteri omogenei per lo svolgimento dei controlli di qualità sui laboratori di immunologia coinvolti nelle attività di trapianto;

b) individua il fabbisogno nazionale di trapianti e stabilisce la soglia minima annuale di attività per ogni struttura per i trapianti e i criteri per una equilibrata distribuzione territoriale delle medesime;

i) definisce i parametri per la verifica di qualità e di risultato delle strutture per i trapianti;

l) svolge le funzioni attribuite ai centri regionali e interregionali per i tipi di trapianto il cui bacino di utenza minimo corrisponde al territorio nazionale;

m) promuove e coordina i rapporti con le istituzioni estere e di settore al fine di facilitare lo scambio di organi.

7. Per l'istituzione del Centro nazionale è autorizzata la spesa complessiva di lire 740 milioni annue a decorrere dal 1999, di cui lire 240 milioni per la copertura delle spese relative al direttore generale e lire 500 milioni per le spese di funzionamento.

Art. 9.

(Consulta tecnica permanente per i trapianti)

1. È istituita la Consulta tecnica per manente per i trapianti, di seguito denominata "Consulta". La Consulta è composta dal direttore dell'Istituto superiore di sanità, o da un suo delegato, dal direttore generale del Centro nazionale, dai coordinatori dei centri regionali e interregionali per i trapianti, dai rappresentanti di ciascuna delle regioni che abbia istituito un centro interregionale, da tre clinici esperti in materia di trapianti di organi e di tessuti, di cui almeno uno rianimatore, e da tre esperti delle associazioni nazionali che operano nel settore dei trapianti e della promozione delle donazioni.

2. I componenti della Consulta sono nominati con decreto del Ministro della sanità per la durata di due anni, rinnovabili alla scadenza.

3. La Consulta predisponde gli indirizzi tecnico-operativi per lo svolgimento delle attività di prelievo e di trapianto di organi e svolge funzioni consultive a favore del Centro nazionale.

4. Per l'istituzione della Consulta è autorizzata la spesa di lire 100 milioni annue a decorrere dal 1999.

Art. 10.

(Centri regionali e interregionali)

1. Le regioni, qualora non abbiano già provveduto ai sensi della

legge 2 dicembre 1975, n. 644, istituiscono un centro regionale per i trapianti ovvero, in associazione tra esse, un centro interregionale per i trapianti, di seguito denominati, rispettivamente, "centro regionale" e "centro interregionale".

2. Il Ministro della sanità stabilisce con proprio decreto, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, il bacino di utenza minimo, riferito alla popolazione, in corrispondenza del quale le regioni provvedono all'istituzione di centri interregionali.

3. La costituzione ed il funzionamento dei centri interregionali sono disciplinati con convenzioni tra le regioni interessate.

4. Il centro regionale o interregionale ha sede presso una struttura pubblica e si avvale di uno o più laboratori di immunologia per i trapianti per l'espletamento delle attività di tipizzazione tissutale.

5. Qualora entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge le regioni non abbiano promosso la costituzione dei centri regionali o interregionali il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, previo invito alle regioni inadempienti a provvedere entro un termine congruo, attiva i poteri sostitutivi.

6. Il centro regionale o interregionale svolge le seguenti funzioni:

a) coordina le attività di raccolta e di trasmissione dei dati relativi alle persone in attesa di trapianto nel rispetto dei criteri stabiliti dal Centro nazionale;

b) coordina le attività di prelievo e i rapporti tra i reparti di rianimazione presenti sul territorio e le strutture e per i trapianti, in collaborazione con i coordinatori locali di cui all'articolo 12;

c) assicura il controllo sull'esecuzione dei test immunologici necessari per il trapianto avvalendosi di uno o più laboratori di immunologia per i trapianti allo scopo di assicurare l'idoneità del donatore;

d) procede all'assegnazione degli organi in applicazione dei criteri stabiliti dal Centro nazionale, in base alle priorità risultanti dalle liste delle persone in attesa di trapianto di cui all'articolo 8, comma 6, lettera *a*);

e) assicura il controllo sull'esecuzione dei test di compatibilità

immunologica nei programmi di trapianto nel territorio di competenza;

f) coordina il trasporto dei campioni biologici, delle *équipes* sanitarie e degli organi e dei tessuti nel territorio di competenza;

g) cura i rapporti di collaborazione con le autorità sanitarie del territorio di competenza e con le associazioni di volontariato.

7. Le regioni esercitano il controllo sulle attività dei centri regionali e interregionali sulla base di apposite linee guida emanate dal Ministro della sanità.

8. Per l'istituzione e il funzionamento dei centri regionali e interregionali è autorizzata la spesa di lire 4.200 milioni annue a decorrere dal 1999.

Art. 11.

(Coordinatori dei centri regionali e interregionali)

1. Le attività dei centri regionali e dei centri interregionali sono coordinate da un coordinatore nominato dalla regione, o d'intesa tra le regioni interessate, per la durata di cinque anni, rinnovabili alla scadenza, tra i medici che abbiano acquisito esperienza nel settore e dei trapianti.

2. Nello svolgimento dei propri compiti, il coordinatore regionale o interregionale è coadiuvato da un comitato regionale o interregionale composto dai responsabili, o loro delegati, delle strutture per i prelievi e per i trapianti presenti nell'area di competenza e da un funzionario amministrativo delle rispettive regioni.

Art. 12.

(Coordinatori locali)

1. Le funzioni di coordinamento delle strutture per i prelievi sono svolte da un medico dell'azienda sanitaria competente per territorio che abbia maturato esperienza nel settore e dei trapianti designato dal direttore generale dell'azienda per un periodo di cinque anni, rinnovabile alla scadenza.

2. I coordinatori locali provvedono, secondo le modalità stabilite dalle regioni:

a) ad assicurare l'immediata comunicazione dei dati relativi al donatore, tramite il sistema informativo dei trapianti di cui all'articolo 7, al centro regionale o interregionale competente ed al Centro nazionale, al fine dell'assegnazione degli organi;

b) a coordinare gli atti amministrativi relativi agli interventi di prelievo;

c) a curare i rapporti con le famiglie dei donatori;

d) ad organizzare attività di informazione, di educazione e di crescita culturale della popolazione in materia di trapianti nel territorio di competenza.

3. Nell'esercizio dei compiti di cui al comma 2 i coordinatori locali possono avvalersi di collaboratori scelti tra il personale sanitario ed amministrativo.

4. Per l'attuazione dell'articolo 11 e del presente articolo è autorizzata la spesa di lire 50 milioni annue a decorrere dal 1999.

Art. 13.

(Strutture per i prelievi)

1. Il prelievo di organi è effettuato presso le strutture sanitarie accreditate dotate di reparti di rianimazione. L'attività di prelievo di tessuti da soggetto di cui sia stata accertata la morte ai sensi della legge 29 dicembre 1993, n. 578, e del decreto del Ministro della sanità 22 agosto 1994, n. 582, può essere svolta anche nelle strutture sanitarie accreditate non dotate di reparti di rianimazione.

2. Le regioni, nell'esercizio dei propri poteri di programmazione sanitaria e nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera di cui all'articolo 2 della legge 28 dicembre 1995, n. 549, come modificato dall'articolo 1 del decreto-legge 17 maggio 1996, n. 280, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 luglio 1996, n. 382, provvedono, ove necessario, all'attivazione o al potenziamento dei dipartimenti di urgenza e di emergenza sul territorio ed al potenziamento dei centri di rianimazione e di neurorianimazione, con particolare riguardo a quelli presso strutture pubbliche accreditate ove, accanto alla rianimazione, sia presente anche un reparto neurochirurgico.

3. I prelievi possono altresì essere eseguiti, su richiesta, presso strutture diverse da quelle di appartenenza del sanitario chiamato ad effettuarli, nel rispetto delle vigenti disposizioni sulla incompatibilità dell'esercizio dell'attività libero-professionale, a condizione che tali strutture siano idonee ad effettuare l'accertamento della morte, ai sensi della legge 29 dicembre 1993, n. 578, e del decreto del Ministro della sanità 22 agosto 1994, n. 582.

Art. 14.

(Prelievi)

1. Il collegio medico di cui all'articolo 2, comma 5, della legge 29 dicembre 1993, n. 578, nei casi in cui si possa procedere al prelievo di organi, è tenuto alla redazione di un verbale relativo all'accertamento della morte. I sanitari che procedono al prelievo sono tenuti alla redazione di un verbale relativo alle modalità di accertamento della volontà espressa in vita dal soggetto in ordine al prelievo di organi nonché alle modalità di svolgimento del prelievo.
2. I verbali di cui al comma 1 sono trasmessi in copia, a cura del direttore sanitario, entro le settantadue ore successive alle operazioni di prelievo, alla regione nella quale ha avuto luogo il prelievo ed agli osservatori epidemiologici regionali, a fini statistici ed epidemiologici.
3. Gli originali dei verbali di cui al comma 1, con la relativa documentazione clinica, sono custoditi nella struttura sanitaria ove è stato eseguito il prelievo.
4. Il prelievo è effettuato in modo tale da evitar mutilazioni o dissezioni non necessarie. Dopo il prelievo il cadavere è ricomposto con la massima cura.
5. Il Ministro della sanità, sentita la Consulta di cui all'articolo 9, definisce, con proprio decreto, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, i criteri e le modalità per la certificazione dell'idoneità dell'organo prelevato al trapianto.

Art. 15.

(Strutture per la conservazione dei tessuti prelevati)

1. Le regioni, sentito il centro regionale o interregionale, individuano le strutture sanitarie pubbliche aventi il compito di conservare e distribuire i tessuti prelevati, certificandone la idoneità e la sicurezza.
2. Le strutture di cui al comma 1 sono tenute a registrare i movimenti in entrata ed in uscita dei tessuti prelevati, inclusa l'importazione, secondo le modalità definite dalle regioni.

Art. 16.

(Strutture per i trapianti)

1. Le regioni individuano, nell'ambito della programmazione sanitaria, tra le strutture accreditate quelle idonee ad effettuare i

trapianti di organi e di tessuti. Con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità ed il Centro nazionale, sono definiti i criteri e le modalità per l'individuazione delle strutture di cui al presente articolo, in base ai requisiti previsti dal decreto del Ministro della sanità 29 gennaio 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 26 del 1° febbraio 1992, nonché gli *standard* minimi di attività per le finalità indicate dal comma 2.

2. Le regioni provvedono ogni due anni alla verifica della qualità e dei risultati delle attività di trapianto di organi e di tessuti svolte dalle strutture di cui al presente articolo revocando l'idoneità a quelle che abbiano svolto nell'arco di un biennio meno del 50 per cento dell'attività minima prevista dagli *standard* di cui al comma 1.

3. Per l'attuazione degli articoli 13 e 15, nonché del presente articolo, è autorizzata la spesa di lire 2.450 milioni annue a decorrere dal 1999.

Art. 17.

(Determinazione delle tariffe)

1. Il Ministero della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, determina periodicamente la tariffa per le prestazioni di prelievo e di trapianto di organi e di tessuti, prevedendo criteri per la ripartizione della stessa tra le strutture di cui agli articoli 13 e 16, secondo modalità tali da consentire il rimborso delle spese sostenute dal centro regionale o interregionale, nonché il rimborso delle spese aggiuntive relative al trasporto del feretro nel solo ambito del territorio nazionale sostenute dalla struttura nella quale è effettuato il prelievo.

2. Per il rimborso delle spese aggiuntive relative al trasporto del feretro, nei limiti indicati dal comma 1, è autorizzata la spesa di lire 200 milioni annue a decorrere dal 1999.

Art. 18.

(Obblighi del personale impegnato in attività di prelievo e di trapianto)

1. I medici che effettuano i prelievi e i medici che effettuano i trapianti devono essere diversi da quelli che accertano la morte.

2. Il personale sanitario ed amministrativo impegnato nelle attività di prelievo e di trapianto è tenuto a garantire l'anonimato dei dati relativi al donatore ed al ricevente.

Capo IV
ESPORTAZIONE E IMPORTAZIONE DI ORGANI E DI TESSUTI
E TRAPIANTI ALL'ESTERO

Art. 19.

(Esportazione e importazione di organi e di tessuti)

1. L'esportazione a titolo gratuito di organi e di tessuti prelevati da soggetti di cui sia stata accertata la morte ai sensi della legge 29 dicembre 1993, n. 578, e del decreto del Ministro della sanità 22 agosto 1994, n. 582, nonché l'importazione a titolo gratuito di organi e di tessuti possono essere effettuate esclusivamente tramite le strutture di cui agli articoli 13 e 16, previa autorizzazione del rispettivo centro regionale o interregionale ovvero del Centro nazionale nei casi previsti dall'articolo 8, comma 6, lettera *d*), secondo modalità definite con decreto del Ministro della sanità, da emanare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, in base a principi che garantiscano la certificazione della qualità e della sicurezza dell'organo o del tessuto e la conoscenza delle generalità del donatore e da parte della competente autorità sanitaria.

2. È vietata l'esportazione di organi e tessuti verso gli Stati che ne fanno libero commercio.

3. L'autorizzazione di cui al comma 1 non è richiesta per le esportazioni e le importazioni effettuate in esecuzione di convenzioni stipulate ai sensi dell'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 26 gennaio 1980, n. 197, nonché delle intese concluse ai sensi dell'accordo quadro tra la Repubblica italiana e la Repubblica d'Austria, reso esecutivo con legge 8 marzo 1995, n. 76.

4. È vietata l'importazione di tessuti e di organi a scopo di trapianto da Stati la cui legislazione prevede la possibilità di prelievo e relativa vendita di organi provenienti da cadaveri di cittadini condannati a morte.

Art. 20.

(Trapianti all'estero)

1. Le spese di iscrizione in organizzazioni di trapianto estere e le spese di trapianto all'estero sono a carico del Servizio sanitario nazionale limitatamente al trapianto di organi e solo se la persona è stata iscritta nella lista di attesa di cui all'articolo 8, comma 6, lettera *a*), per un periodo di tempo superiore allo *standard* defi-

nito con decreto del Ministro della sanità per ciascuna tipologia di trapianto e secondo le modalità definite con il medesimo decreto.

2. Le spese di trapianto all'estero o sono altresì a carico del Servizio sanitario nazionale nei casi in cui il trapianto sia ritenuto urgente secondo criteri stabiliti dal Centro nazionale.

Capo V FORMAZIONE DEL PERSONALE

Art. 21. *(Formazione)*

1. Il Ministro della sanità, sentito il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, con proprio decreto istituisce borse di studio per la formazione del personale di cui al comma 2, anche presso istituzioni straniere, e per l'incentivazione della ricerca nel campo dei prelievi e dei trapianti di organi e di tessuti.

2. Le borse di studio di cui al comma 1 sono riservate al personale delle strutture che svolgono le attività di cui alla presente legge nonché alla qualificazione del personale anche non laureato addetto all'assistenza ai donatori e alle persone sottoposte a trapianto.

3. Il numero e le modalità di assegnazione delle borse di studio sono annualmente stabiliti con il decreto di cui al comma 1 nel limite di lire 1.000 milioni annue a decorrere dal 1999.

4. Le regioni promuovono l'aggiornamento permanente degli operatori sanitari ed amministrativi coinvolti nelle attività connesse all'effettuazione dei trapianti.

Capo VI SANZIONI

Art. 22. *(Sanzioni)*

1. Salvo che il fatto costituisca reato, chiunque viola le disposizioni degli articoli 13, 15 e 16 è punito con la sanzione amministrativa consistente nel pagamento di una somma da lire 2 milioni a lire 20 milioni.

2. La sanzione di cui al comma 1 è applicata dalle regioni con le

forme e con le modalità previste dalla legge 24 novembre 1981, n. 689, e successive modificazioni.

3. Chiunque procura per scopo di lucro o un organo o un tessuto prelevato da soggetto di cui sia stata accertata la morte ai sensi della legge 29 dicembre 1993, n. 578, e del decreto del Ministro della sanità 22 agosto 1994, n. 582, ovvero lo ne fa comunque commercio, è punito con la reclusione da due a cinque anni e con la multa da lire 20 milioni a lire 300 milioni. Se il fatto è commesso da persona che esercita una professione sanitaria, alla condanna consegue l'interdizione perpetua dall'esercizio della professione.

4. Chiunque procura, senza scopo di lucro, un organo o un tessuto prelevato abusivamente da soggetto di cui sia stata accertata la morte ai sensi della legge 29 dicembre 1993, n. 578, e del decreto del Ministro della sanità 22 agosto 1994, n. 582, è punito con la reclusione fino a due anni. Se il fatto è commesso da persona che esercita una professione sanitaria, alla condanna consegue l'interdizione temporanea fino ad un massimo di cinque anni dall'esercizio della professione.

Capo VII DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

Art. 23.

(Disposizioni transitorie)

1. Fino alla data di cui all'articolo 28, comma 2, è consentito procedere al prelievo di organi e di tessuti da soggetto di cui sia stata accertata la morte ai sensi della legge 29 dicembre 1993, n. 578, e del decreto del Ministro della sanità 22 agosto 1994, n. 582, salvo che il soggetto abbia esplicitamente negato il proprio assenso.

2. Nelle ipotesi di cui al comma 1, il coniuge non separato o il convivente *more uxorio*, in mancanza, i figli maggiori di età o, in mancanza di questi ultimi, i genitori ovvero il rappresentante legale possono presentare opposizione scritta entro il termine corrispondente al periodo di osservazione ai fini dell'accertamento di morte, di cui all'articolo 4 del decreto del Ministro della sanità 22 agosto 1994, n. 582.

AE1 3. La presentazione della opposizione scritta di cui al comma 2 non è consentita qualora dai documenti personali o dalle di-

chiarazioni depositate presso la azienda unità sanitaria locale di appartenenza, secondo le previsioni del decreto del Ministro della sanità di cui all'articolo 5, comma 1, risulti che il soggetto abbia espresso volontà favorevole al prelievo di organi e di tessuti, salvo il caso in cui gli stessi soggetti di cui al comma 2 presentino una successiva dichiarazione di volontà, della quale siano in possesso, contraria al prelievo.

4. Il Ministro della sanità, nel periodo che intercorre tra la data di entrata in vigore della presente legge e la data di cui all'articolo 28, comma 2, promuove una campagna straordinaria di informazione sui trapianti, secondo le modalità previste dall'articolo 2, comma 1.

5. Fino alla data di attivazione del sistema informativo dei trapianti di cui all'articolo 7, e comunque non oltre i ventiquattro mesi successivi alla data di entrata in vigore della presente legge, i centri istituiti ai sensi dell'articolo 13 della legge 2 dicembre 1975, n. 644, ovvero i centri regionali o interregionali di cui all'articolo 10 della presente legge, predispongono le liste delle persone in attesa di trapianto secondo criteri uniformi definiti con decreto del Ministro della sanità da emanare, sentito l'Istituto superiore di sanità, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e sono tenuti alla trasmissione reciproca delle informazioni relative alle caratteristiche degli organi e dei tessuti prelevati al fine di garantire l'assegnazione in base all'urgenza ed alle compatibilità tissutali.

Art. 24.

(Disposizioni per le regioni a statuto speciale e per le province autonome di Trento e di Bolzano)

1. Restano salve le competenze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano che disciplinano la materia di cui alla presente legge secondo i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione.

Art. 25.

(Copertura finanziaria)

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, valutati complessivamente in lire 11.740 milioni annue a decorrere dal 1999, si provvede, per gli anni 1999, 2000 e 2001, mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del

bilancio triennale 1999-2001, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica per l'anno 1999, allo scopo parzialmente utilizzando, quanto a lire 10.000 milioni l'accantonamento relativo alla Presidenza del Consiglio dei ministri e, quanto a lire 1.740 milioni, l'accantonamento relativo al Ministero della sanità.

2. Il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Art. 26.

(Verifica sull'attuazione)

1. Il Ministro della sanità, nell'ambito della Relazione sullo stato sanitario del Paese prevista dall'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, riferisce sulla situazione dei trapianti e dei prelievi effettuati sul territorio nazionale.

Art. 27.

(Abrogazioni)

1. La legge 2 dicembre 1975, n. 644, e successive modificazioni, è abrogata.

2. L'articolo 1 della legge 12 agosto 1993, n. 301, è abrogato a decorrere dalla data di cui all'articolo 28, comma 2. Le disposizioni recate dagli articoli 2, 3 e 4 della legge 12 agosto 1993, n. 301, continuano ad applicarsi ai prelievi ed agli innesti di cornea.

Art. 28.

(Entrata in vigore)

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

2. Le disposizioni previste dall'articolo 4 acquistano efficacia a decorrere dalla data di attivazione del sistema informativo dei trapianti di cui all'articolo 7.

CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

TITOLO I

OGGETTO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Art. 1

- Definizione -

Il Codice di Deontologia Medica contiene principi e regole che il medico-chirurgo e l'odontoiatra, iscritti agli albi professionali dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, di seguito indicati con il termine di medico, devono osservare nell'esercizio della professione.

Il comportamento del medico, anche al di fuori dell'esercizio della professione, deve essere consono al decoro e alla dignità della stessa.

Il medico è tenuto alla conoscenza delle norme del presente Codice, la cui ignoranza non lo esime dalla responsabilità disciplinare.

Art. 2

- Potestà disciplinare - Sanzioni -

L'inosservanza dei precetti, degli obblighi e dei divieti fissati dal presente Codice di Deontologia Medica e ogni azione od omissione, comunque disdicevoli al decoro o al corretto esercizio della professione, sono punibili con le sanzioni disciplinari previste dalla legge.

Le sanzioni devono essere adeguate alla gravità degli atti.

TITOLO II DOVERI GENERALI DEL MEDICO

CAP. I Indipendenza e dignità della professione

Art. 3 - Doveri del medico -

Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza discriminazioni di età, di sesso, di razza, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace come in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera.

La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere e fisico e psichico della persona

Art. 4 - Libertà e indipendenza della professione -

L'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza della professione.

Art. 5 - Esercizio dell'attività professionale -

Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici fondamentali, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona; non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura.

Il medico deve denunciare all'Ordine ogni iniziativa tendente a imporgli comportamenti non conformi alla deontologia professionale, da qualunque parte essa provenga.

Art. 6 - Limiti dell'attività professionale -

In nessun caso il medico deve abusare del suo status professionale.

Il medico che riveste cariche pubbliche non può avvalersene a scopo di vantaggio professionale.

CAPO II
Prestazioni d'urgenza

Art. 7 - Obbligo di intervento -

Il medico, indipendentemente dalla sua abituale attività, non può mai rifiutarsi di prestare soccorso o cure d'urgenza e deve tempestivamente attivarsi per assicurare ogni specifica e adeguata assistenza.

Art. 8- Calamità -

Il medico, in caso di catastrofe, di calamità o di epidemia, deve mettersi a disposizione dell'Autorità competente.

CAPO III
Obblighi peculiari del medico

Art. 9 - Segreto professionale -

Il medico deve mantenere e il segreto su tutto ciò che gli è confidato o che può conoscere e in ragione della sua professione; deve, altresì, conservare il massimo riserbo sulle prestazioni professionali effettuate o programmate, nel rispetto dei principi che garantiscano la tutela della riservatezza.

La rivelazione assume particolare gravità quando ne derivi profitto, proprio o altrui, o nocimento della persona o di altri.

Costituiscono giusta causa di rivelazione, oltre alle inderogabili attenuanze a specifiche norme legislative (referti, denunce, notifiche e certificazioni obbligatorie):

- a) - la richiesta o l'autorizzazione da parte della persona assistita o del suo legale rappresentante, previa specifica informazione sulle conseguenze o sull'opportunità o meno della rivelazione stessa;
- b) - l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute dell'interessato o di terzi, nel caso in cui l'interessato stesso non sia in grado di prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere e di volere;
- c) - l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi, anche nel caso di diniego dell'interessato, ma previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali.

La morte del paziente non esime il medico dall'obbligo del segreto.

Il medico non deve rendere al Giudice testimonianza su ciò che gli è stato confidato o è pervenuto a sua conoscenza nell'esercizio della professione.

La cancellazione dall'albo non esime moralmente il medico dagli obblighi del presente articolo.

Art. 10 - Documentazione e tutela dei dati -

Il medico deve tutelare la riservatezza dei dati personali e della documentazione in suo possesso riguardante le persone anche se affidata a codici o sistemi informatici.

Il medico deve informare i suoi collaboratori dell'obbligo del segreto professionale e deve vigilare affinché essi vi si conformino.

Nelle pubblicazioni scientifiche di dati clinici o di osservazioni relative a singole persone, il medico deve assicurare la non identificabilità delle stesse.

Analogamente il medico non deve diffondere, attraverso la stampa o altri mezzi di informazione, notizie che possano consentire la identificazione del soggetto cui si riferiscono.

Art. 11 - Comunicazione e diffusione di dati -

Nella comunicazione di atti o di documenti relativi a singole persone, anche se destinati a Enti o Autorità che svolgono attività sanitaria, il medico deve porre in essere ogni precauzione atta a garantire la tutela del segreto professionale.

Il medico, nella diffusione di bollettini medici, deve preventivamente acquisire il consenso dell'interessato o dei suoi legali rappresentanti.

Il medico non può collaborare alla costituzione di banche di dati sanitari, ove non esistano garanzie di tutela della riservatezza, della sicurezza e della vita privata della persona.

CAPO IV

Accertamenti diagnostici e trattamenti terapeutici

Art. 12 - Prescrizione e trattamento terapeutico -

La prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto diagnostico.

Su tale presupposto al medico è riconosciuta autonomia nella programmazione, nella scelta e nella applicazione di ogni procedimento diagnostico e terapeutico, anche in regime di ricovero, fatta salva la libertà del paziente di rifiutarle e di assumersi la responsabilità del rifiuto stesso.

Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche anche al fine dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente.

Il medico è tenuto a una adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e delle prevedibili reazioni individuali, nonché delle caratteristiche di impiego dei mezzi diagnostici e terapeutici e deve adeguare, nell'interesse del paziente, le sue decisioni ai dati scientifici accreditati e alle evidenze metodologicamente fondate.

Sono vietate l'adozione e la diffusione di terapie e di procedimenti diagnostici non provati scientificamente o non supportati da adeguata sperimentazione e documentazione clinico-scientifica, nonché di terapie segrete.

In nessun caso il medico dovrà accedere a richieste del paziente in contrasto con i principi di scienza e coscienza allo scopo di compiacerlo, sottraendolo alle sperimentate ed efficaci cure disponibili.

La prescrizione di farmaci, per indicazioni non previste dalla scheda tecnica o non ancora autorizzate al commercio, è consentita purché la loro efficacia e tollerabilità sia scientificamente documentata.

In tali casi, acquisito il consenso scritto del paziente debitamente informato, il medico si assume la responsabilità della cura ed è tenuto a monitorarne gli effetti.

È obbligo del medico segnalare e tempestivamente alle autorità competenti, le reazioni avverse eventualmente comparse durante un trattamento terapeutico.

Art. 13 - Pratiche non convenzionali - Denuncia di abusivismo -
La potestà di scelta di pratiche non convenzionali nel rispetto del decoro e della dignità della professione si esprime nell'esclusivo ambito della diretta e non delegabile responsabilità professionale, fermo restando, comunque, che qualsiasi terapia non

convenzionale non deve sottrarre il cittadino a specifici trattamenti di comprovata efficacia e richiede l'acquisizione del consenso.

È vietato al medico di collaborare e a qualsiasi titolo o di favorire e chi eserciti abusivamente la professione anche nel settore e delle cosiddette "pratiche non convenzionali".

Il medico venuto a conoscenza di casi di esercizio abusivo o di favoreggiamento o collaborazione anche nel settore e delle pratiche di cui al precedente comma, è obbligato a farne denuncia anche all'Ordine professionale.

Il medico che nell'esercizio professionale venga a conoscenza di prestazioni mediche e/o odontoiatriche effettuate da non abilitati alla professione è obbligato a farne denuncia anche all'Ordine di appartenenza.

Art. 14 - Accanimento diagnostico-terapeutico -

Il medico deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti, da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita.

Art. 15 - Trattamenti che incidono sulla integrità psico-fisica -
I trattamenti che comportino una diminuzione della integrità e della resistenza psico-fisica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze.

CAPO V

Obblighi professionali

Art. 16 - Aggiornamento e formazione professionale permanente -

Il medico ha l'obbligo dell'aggiornamento e della formazione professionale permanente, onde garantire il continuo adeguamento delle sue conoscenze e competenze al progresso clinico scientifico.

TITOLO III
RAPPORTI CON IL CITTADINO

CAPO I
Regole generali di comportamento

Art. 17 - Rispetto dei diritti del cittadino -

Il medico nel rapporto con il cittadino deve improntare la propria attività professionale al rispetto dei diritti fondamentali della persona.

Art. 18 - Competenza professionale -

Il medico deve garantire impegno e competenza professionale, non assumendo obblighi che non sia in condizione di soddisfare.

Egli deve affrontare i problemi diagnostici con il massimo scrupolo, dedicandovi il tempo necessario per un approfondito colloquio e per un adeguato esame obiettivo, avvalendosi delle indagini ritenute necessarie.

Nel rilasciare le prescrizioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative deve fornire, in termini comprensibili e documentati, tutte le idonee informazioni e verificarne, per quanto possibile, la corretta esecuzione.

Il medico che si trovi di fronte a situazioni cliniche, alle quali non sia in grado di provvedere efficacemente, deve indicare al paziente le specifiche competenze necessarie al caso in esame.

Art. 19 - Rifiuto d'opera professionale -

Il medico al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocimento per la salute della persona assistita.

Art. 20 - Continuità delle cure -

Il medico deve garantire al cittadino la continuità delle cure. In caso di indisponibilità, di impedimento o del venir meno del rapporto di fiducia deve assicurare la propria sostituzione, informandone il cittadino e, se richiesto, affidandolo a colleghi di adeguata competenza.

Il medico non può abbandonar e il malato ritenuto inguaribile, ma deve continuare e ad assisterlo anche al solo fine di lenir ne la sofferenza fisica e psichica.

Art. 21 - Documentazione clinica -

Il medico deve, nell'inter esse esclusivo della persona assistita, mettere la documentazione clinica in suo possesso a disposizione della stessa, o dei suoi legali rappresentanti, o di medici e istituzioni da essa indicati per iscritto.

Art. 22 - Certificazione -

Il medico non può rifiutarsi di rilasciar e direttamente al cittadino certificati relativi al suo stato di salute.

Il medico, nel redigere certificazioni, deve valutar e e attestare soltanto dati clinici che abbia direttamente constatato.

Art. 23 - Cartella clinica -

La cartella clinica deve esser e redatta chiaramente, con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e contenere, oltre a ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo decorso, le attività diagnostico-terapeutiche praticate.

CAPO II

Doveri del medico e diritti del cittadino

Art. 24 - Libera scelta del medico e del luogo di cura -

La libera scelta del medico e del luogo di cura costituisce principio fondamentale del rapporto medico-paziente.

Nell'esercizio dell'attività libero professionale svolta presso le strutture pubbliche e private, la scelta del medico costituisce diritto fondamentale del cittadino.

È, pertanto, vietato qualsiasi accordo tra medici tendente a influire sul diritto del cittadino alla libera scelta.

Il medico può consigliar e, ma non pretendere, che il cittadino si rivolga a determinati presidi, istituti o luoghi di cura.

Art. 25 - Sfiducia del cittadino -

Qualora abbia avuto prova di sfiducia da parte della persona assistita o dei suoi legali rappresentanti, se minore e o incapace, il

medico può rinunciare all'ulteriore trattamento, purché ne dia tempestivo avviso; deve, comunque, prestare la sua opera sino alla sostituzione con altro collega, cui competono le informazioni e la documentazione utili alla prosecuzione delle cure, previo consenso scritto dell'interessato.

Art. 26 - Soccorso d'urgenza -

Il medico che presta soccorso d'urgenza a un malato curato da altro collega o che assista temporaneamente un paziente in assenza del curante, non può pretendere che gli venga affidata la continuazione delle cure.

Art. 27 - Fornitura di medicinali -

Il medico non può fornire i medicinali necessari alla cura a titolo oneroso.

È vietata al medico ogni forma di prescrizione che procuri a sé o ad altri indebito lucro.

Art. 28 - Comparaggio -

Ogni forma di comparaggio è vietata.

CAPO III

Doveri del medico verso i minori, gli anziani e i disabili

Art. 29- Assistenza -

Il medico deve contribuire a proteggere il minore, l'anziano e il disabile, in particolare quando ritenga che l'ambiente, familiare o extrafamiliare, nel quale vivono, non sia sufficientemente sollecito alla cura della loro salute, ovvero sia sede di maltrattamenti, violenze o abusi sessuali, fatti salvi gli obblighi di riferimento o di denuncia all'autorità giudiziaria nei casi specificatamente previsti dalla legge.

Il medico deve adoperarsi, in qualsiasi circostanza, perché il minore possa fruire di quanto necessario a un armonico sviluppo psico-fisico e affinché allo stesso, all'anziano e al disabile siano garantite qualità e dignità di vita, ponendo particolare attenzione alla tutela dei diritti degli assistiti non autosufficienti sul piano psichico e sociale, qualora vi sia incapacità manifesta di intendere e di volere, ancorché non legalmente dichiarata.

Il medico, in caso di opposizione dei legali rappresentanti alla

necessaria cura dei minori e degli incapaci, deve ricorrere alla competente autorità giudiziaria.

CAPO IV Informazione e consenso

Art. 30 - Informazione al cittadino -

Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate; il medico nell'informarlo dovrà tenere conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuovere la massima adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche. Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta.

Il medico deve, altresì, soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione.

Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza.

La documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata.

Art. 31 - Informazione a terzi -

L'informazione a terzi è ammessa solo con il consenso esplicitamente espresso dal paziente, fatto salvo quanto previsto all'art. 9 allorché sia in grave pericolo la salute o la vita di altri.

In caso di paziente ricoverato il medico deve raccogliere e gli eventuali nominativi delle persone preliminarmente indicate dallo stesso a ricevere la comunicazione dei dati sensibili.

Art. 32 - Acquisizione del consenso -

Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso informato del paziente.

Il consenso, espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sulla

integrità fisica si rende opportuna una manifestazione inequivoca della volontà della persona, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all'art. 30.

Il procedimento diagnostico e/o il trattamento terapeutico che possano comportare grave rischio per l'incolumità della persona, devono essere intrapresi solo in caso di estrema necessità e previa informazione sulle possibili conseguenze, cui deve far seguito una opportuna documentazione del consenso.

In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace di intendere e di volere, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona, ove non ricorrano le condizioni di cui al successivo articolo 78.

Art. 33 - Consenso del legale rappresentante -

Allorché si tratti di minore, interdetto o inabilitato il consenso agli interventi diagnostici e terapeutici, nonché al trattamento dei dati sensibili, deve essere espresso dal rappresentante legale.

In caso di opposizione da parte del rappresentante legale al trattamento necessario e indifferibile a favore di minori o di incapaci, il medico è tenuto a informare l'autorità giudiziaria.

Art. 34 - Autonomia del cittadino -

Il medico deve attenersi, nel rispetto della dignità, della libertà e dell'indipendenza professionale, alla volontà di curarsi, liberamente espressa dalla persona.

Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tener conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso.

Il medico ha l'obbligo di dare informazioni al minore e di tener conto della sua volontà, compatibilmente con l'età e con la capacità di comprensione, fermo restando il rispetto dei diritti del legale rappresentante; analogamente deve comportarsi di fronte a un maggiorenne infermo di mente.

Art. 35 - Assistenza d'urgenza -

Allorché sussistano condizioni di urgenza e in caso di pericolo per la vita di una persona, che non possa esprimere, al momento, volontà contraria, il medico deve prestare l'assistenza e le cure indispensabili.

CAPO V
Assistenza ai malati inguaribili

Art. 36 - Eutanasia -

Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti diretti a provocarne la morte.

Art. 37 - Assistenza al malato inguaribile -

In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve limitare la sua opera all'assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità di vita.

In caso di comprovata omissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile.

CAPO VI
Trapianti

Art. 38 - Prelievo di parti di cadaver e -

Il prelievo di parti di cadaver e a scopo di trapianto terapeutico può essere effettuato solo nelle condizioni e nei modi previsti dalle leggi in vigore.

Il sostegno vitale dovrà essere mantenuto sino a quando non sia accertata la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo.

Art. 39 - Prelievo di organi e tessuti da persona vivente -

Il prelievo di organi e tessuti da persona vivente è consentito solo se diretto a fini diagnostici, terapeutici o di ricerca scientifica e se non produttivo di menomazioni permanenti dell'integrità fisica o psichica del donatore e, fatte salve le previsioni normative in materia.

Il prelievo non può essere effettuato per fini di commercio e di lucro e presuppone l'informazione e il consenso scritto del donatore o dei suoi legali rappresentanti.

CAPO VII Sessualità e riproduzione

Art. 40 - Informazione in materia di sessualità, riproduzione e contraccezione

Il medico, nell'ambito della salvaguardia del diritto alla procreazione cosciente e responsabile, è tenuto a fornire ai singoli e alla coppia, nel rispetto della libera determinazione della persona, ogni corretta informazione in materia di sessualità, di riproduzione e di contraccezione.

Ogni atto medico diretto a intervenire in materia di sessualità e di riproduzione è consentito soltanto al fine di tutelare la salute.

Art. 41 - Interruzione volontaria di gravidanza -

L'interruzione della gravidanza, al di fuori dei casi previsti dalla legge, costituisce grave infrazione deontologica tanto più se compiuta a scopo di lucro.

Il medico obiettor e di coscienza, ove non sussista imminente pericolo per la vita della donna, o, in caso di tale pericolo, ove possa essere sostituito da altro collega altrettanto efficacemente, può rifiutarsi d'intervenire nell'interruzione volontaria di gravidanza.

Art. 42 - Fecondazione assistita -

Le tecniche di procreazione umana medicalmente assistita hanno lo scopo di ovviare alla sterilità.

È fatto divieto al medico, anche nell'interesse del bene del nascituro, di attuare:

- a) forme di maternità surrogata;
- b) forme di fecondazione assistita al di fuori di coppie eterosessuali stabili;
- c) pratiche di fecondazione assistita in donne in menopausa non precoce;
- d) forme di fecondazione assistita dopo la morte del partner .

È proscritta ogni pratica di fecondazione assistita ispirata a pregiudizi razziali; non è consentita alcuna selezione dei gameti ed è bandito ogni sfruttamento commerciale, pubblicitario, industriale di gameti, embrioni e tessuti embrionali o fetali, nonché la produzione di embrioni ai soli fini di ricerca.

Sono vietate pratiche di fecondazione assistita in studi, ambulatori o strutture sanitarie privi di idonei requisiti.

CAP. VIII Sperimentazione

Art. 43- Interventi sul genoma e sull'embrione umano -
Ogni intervento sul genoma umano non può che tender e alla prevenzione e alla correzione di condizioni patologiche. Sono vietate manipolazioni genetiche sull'embrione che non abbiano finalità di prevenzione e correzione di condizioni patologiche.

Art. 44 - Test genetici predittivi -
Non sono ammessi test genetici se non diretti in modo esclusivo a rilevare o predire malformazioni o malattie ereditarie e se non espressamente richiesti, per iscritto, dalla persona interessata o dalla madre del concepito, che hanno diritto alle informazioni e alla più ampia e oggettiva illustrazione sul loro significato, sul loro risultato, sui rischi della gravidanza, sulle prevedibili conseguenze sulla salute e sulla qualità della vita, nonché sui possibili interventi di prevenzione e di terapia. Il medico non deve, in particolare, eseguire test genetici predittivi a fini assicurativi od occupazionali se non a seguito di esplicita e consapevole manifestazione di volontà da parte del cittadino interessato.

Art. 45 - Sperimentazione scientifica -
Il progresso della medicina è fondato sulla ricerca scientifica che si avvale anche della sperimentazione sull'animale e sull'Uomo.

Art. 46 - Ricerca biomedica e sperimentazione sull'Uomo -
La ricerca biomedica e la sperimentazione sull'Uomo devono ispirarsi all'inderogabile principio dell'invulnerabilità, dell'integrità psicofisica e della vita della persona. Esse sono subordinate al consenso del soggetto in esperimento, che deve essere espresso per iscritto, liberamente e consapevolmente, previa specifica informazione sugli obiettivi, sui metodi, sui benefici previsti, nonché sui rischi potenziali e sul suo diritto di ritirarsi in qualsiasi momento della sperimentazione. Nel caso di soggetti minori o incapaci è ammessa solo la sperimentazione per finalità preventive e terapeutiche a favore degli stessi; il consenso deve essere espresso dai legali rappresentanti.

Ove non esistano finalità terapeutiche è vietata la sperimentazione clinica su minori, su infermi di mente o su soggetti che versino in condizioni di soggezione o di altro compenso di qualsiasi natura. La sperimentazione deve essere programmata e attuata secondo idonei protocolli nel quadro della normativa vigente e dopo aver ricevuto il preventivo assenso da parte di un comitato etico indipendente.

Art. 47- Sperimentazione clinica -

La sperimentazione, disciplinata dalle norme di buona pratica clinica, può essere inserita in trattamenti diagnostici e/o terapeutici, solo in quanto sia razionalmente e scientificamente suscettibile di utilità diagnostica o terapeutica per i cittadini interessati.

In ogni caso di studio clinico, il malato non potrà essere deliberatamente privato dei consolidati mezzi diagnostici e terapeutici indispensabili al mantenimento e/o al ripristino dello stato di salute.

Art. 48 - Sperimentazione sull'animale -

La sperimentazione sull'animale deve essere improntata a esigenze e a finalità scientifiche non altrimenti conseguibili, a una fondata aspettativa di progresso della scienza medica e deve essere condotta con metodi e mezzi idonei a evitare ogni sofferenza, dopo aver ricevuto il preventivo assenso da parte di un comitato etico.

CAPO IX

Trattamento medico e libertà personale

Art. 49 - Obblighi del medico -

Il medico che assista un cittadino in condizioni limitative della libertà personale è tenuto al rispetto rigoroso dei diritti della persona, fermi restando gli obblighi connessi con le sue specifiche funzioni.

In caso di trattamento sanitario obbligatorio il medico non deve porre in essere o autorizzare misure coattive, salvo casi di effettiva necessità e nei limiti previsti dalla legge.

Art. 50 - Tortura e trattamenti disumani -

Il medico non deve in alcun modo o caso collaborare, partecipare o semplicemente prestare ad atti esecutivi di pena di morte o ad atti di tortura o a trattamenti crudeli, disumani o degradanti.

È vietato al medico di praticare e qualsiasi forma di mutilazione sessuale femminile.

Art. 51 - Rifiuto consapevole di nutrirsi -

Quando una persona, sana di mente, rifiuta volontariamente e consapevolmente di nutrirsi, il medico ha il dovere di informarla sulle conseguenze che tale decisione può comportare e sulle sue condizioni di salute. Se la persona è consapevole delle possibili conseguenze della propria decisione, il medico non deve assumere iniziative coercitive né collaborare a manovre coercitive di nutrizione artificiale, ma deve continuare ad assisterla.

CAPO X

Onorari professionali

Art. 52 - Onorari professionali -

Nell'esercizio libero professionale vale il principio generale dell'intesa diretta tra medico e cittadino. L'onorario deve rispettare il minimo professionale approvato dall'Ordine anche per le prestazioni svolte all'interno di società di professionisti o a favore della mutualità volontaria compresa l'attività libero professionale intramoenia, esercitata dai medici dipendenti delle aziende ospedaliere e delle aziende sanitarie locali, che si configurano come libera professione.

Il medico è tenuto a far conoscere al cittadino il suo onorario che va accettato preventivamente e, se possibile, sottoscritto da entrambi.

I compensi per le prestazioni medico-chirurgiche non possono essere subordinati ai risultati delle prestazioni medesime.

Il medico è tenuto non solo al rispetto della tariffa minima professionale, ma anche al rispetto della tariffa massima stabilita da ciascun Ordine provinciale con propria delibera, sulla base di criteri definiti dalla Federazione Nazionale con proprio atto di indirizzo e coordinamento.

Il medico può, in particolari circostanze, prestare gratuitamente

la sua opera, purchè tale comportamento non costituisca concorrenza sleale o illecito accaparramento di clientela.

CAPO XI

Pubblicità in materia sanitaria e informazione al pubblico

Art. 53 - Pubblicità in materia sanitaria -

Sono vietate al medico tutte le forme, dirette o indirette, di pubblicità personale o a vantaggio della struttura, pubblica o privata, nella quale presta la sua opera.

Il medico è responsabile dell'uso che si fa del suo nome, delle sue qualifiche professionali e delle sue dichiarazioni.

Egli deve evitare, che attraverso organici di stampa, strumenti televisivi e/o informatici, collaborazione a inchieste e interventi televisivi, si concretizzi una condizione di promozione e di sfruttamento pubblicitario del suo nome o di altri colleghi.

Art. 54- Informazione sanitaria -

L'informazione sanitaria non può assumere le caratteristiche della pubblicità commerciale.

Per consentire ai cittadini una scelta libera e consapevole tra strutture, servizi e professionisti è indispensabile che l'informazione, con qualsiasi mezzo diffusa, non sia arbitraria e discriminatoria, ma utile, veritiera, certificata con dati oggettivi e controllabili e previo nulla osta rilasciato per iscritto dal Consiglio dell'Ordine provinciale di appartenenza sulla base di principi di indirizzo e di coordinamento della Federazione Nazionale.

Il medico che partecipi a iniziative di educazione alla salute, su temi corrispondenti alle sue conoscenze e competenze, deve garantire, indipendentemente dal mezzo impiegato, informazioni scientificamente rigorose, obiettive, prudenti (che non producano timori infondati, spinte consumistiche o illusorie attese nella pubblica opinione) ed evitare, anche indirettamente, qualsiasi forma pubblicitaria personale o della struttura nella quale opera.

Art. 55 - Scoperte scientifiche -

Il medico non deve divulgare notizie al pubblico su innovazioni in campo sanitario se non ancora accreditate dalla comunità scientifica, al fine di non suscitare infondate attese e illusorie speranze.

Art. 56 - Divieto di patrocinio -

Il medico o associazioni di medici non devono concedere e patrocinio e avallo a pubblicità per istituzioni e prodotti sanitari e commerciali di esclusivo interesse promozionale.

TITOLO IV
RAPPORTI CON I COLLEGHI

CAPO I
Solidarietà tra medici

Art. 57 - Rispetto reciproco -

Il rapporto tra i medici deve ispirarsi ai principi del reciproco rispetto e della considerazione della rispettiva attività professionale.

Il contrasto di opinione non deve violare i principi di un collegiale comportamento e di un civile dibattito.

Il medico deve assistere i colleghi senza fini di lucro, salvo il diritto al recupero delle spese sostenute.

Il medico deve essere solidale nei confronti dei colleghi sottoposti a ingiuste accuse.

Art. 58 - Rapporti con il medico curante -

Il medico che presta la propria opera in situazioni di urgenza o per ragioni di specializzazione a un ammalato in cura presso altro collega, acquisito il consenso per il trattamento dei dati sensibili dal cittadino o dal legale rappresentante, è tenuto a dare comunicazione al medico curante o ad altro medico eventualmente indicato dal paziente, degli indirizzi diagnostico-terapeutici attuati e delle valutazioni cliniche anche nel caso di ricovero ospedaliero.

CAPO II
Consulenza e consulto

Art. 59 - Consulenza e consulto -

Il medico curante deve proporre il consulto con altro collega o la consulenza presso idonee strutture di specifica qualificazione, ponendo gli adeguati quesiti e fornendo la documentazione in suo possesso, qualora la complessità del caso clinico o l'interesse

se del malato esigano il ricorso a specifiche competenze specialistiche diagnostiche e/o terapeutiche.

Il medico, che sia di contrario avviso, qualora il consulto sia richiesto dal malato o dai suoi familiari, può astenersi dal parteciparvi fornendo, comunque, tutte le informazioni e l'eventuale documentazione relativa al caso.

Il modo e i tempi per la consulenza sono stabiliti tra il consulente e il curante secondo le regole della collegiale collaborazione.

Art. 60 - Divergenza tra curante e consulente -

I giudizi espressi in sede di consulto o di consulenza devono rispettare la dignità sia del curante che del consulente.

È affidato al medico curante il compito di attuare e l'indirizzo terapeutico concordato con il consulente e eventualmente adeguarlo alle situazioni emergenti.

In caso di divergenza di opinioni il curante può richiedere e altra consulenza.

Lo specialista o consulente che visiti un ammalato in assenza del curante deve fornire una dettagliata relazione diagnostica e l'indirizzo terapeutico consigliato.

CAPO III

Altri rapporti tra medici

Art. 61 - Supplenza -

Il medico che sostituisce nell'attività professionale un collega è tenuto, cessata la supplenza, a fornire al collega sostituito le informazioni cliniche relative ai malati sino allora assistiti, al fine di assicurare la continuità terapeutica.

Art. 62 - Medico curante e ospedaliero -

Tra medico curante e medici operanti nelle strutture pubbliche e private, anche per assicurare e la corretta informazione all'ammalato, deve sussistere, nel rispetto dell'autonomia e del diritto alla riservatezza, un rapporto di consultazione, di collaborazione e di informazione reciproca al fine di garantire coerenza e continuità diagnostico-terapeutica.

Art. 63 - Giudizio clinico - Rispetto della professionalità -

I giudizi clinici comunque formulati, durante la degenza in re-

parti clinico-ospedalieri e in case di cura private e anche dopo la dimissione del malato, devono essere espressi senza ledere la reputazione professionale dei medici curanti.

La stessa condotta deve mantener e il medico curante dopo la dimissione del malato.

CAPO IV Medicina legale

Art. 64 - Compiti e funzioni medico-legali -

Nell'espletamento dei compiti e delle funzioni di natura medico legale, il medico deve essere consapevole delle gravi implicazioni penali, civili, amministrative e assicurative che tali compiti e funzioni possono comportare e deve procedere, sul piano tecnico, in modo da soddisfare le esigenze giuridiche attinenti al caso in esame nel rispetto della verità scientifica, dei diritti della persona e delle norme del presente Codice di Deontologia Medica.

Il medico curante non può svolgere funzioni medico-legali di ufficio o di contrapparte in casi che interessano la persona da lui assistita.

Art. 65 - Visite fiscali -

Nell'esercizio delle funzioni di controllo, il medico:

- deve far conoscere al soggetto sottoposto all'accertamento la propria qualifica e la propria funzione;
- non deve rendere palesi al soggetto le proprie valutazioni in merito alla diagnosi e alla terapia.

In situazione di urgenza o di emergenza clinica il medico di controllo deve adottare le necessarie misure, a tutela del malato, dandone sollecita comunicazione al medico curante.

CAPO V Rapporti con l'Ordine professionale

Art. 66 - Doveri di collaborazione -

Il medico è obbligato a prestare la massima collaborazione e disponibilità nei rapporti con il proprio Ordine professionale, tra l'altro ottemperando alle convocazioni del Presidente.

Il medico che cambia di residenza, trasferisce in altra provincia la sua attività o modifica la sua condizione di esercizio o cessa di esercitare la professione, è tenuto a darne tempestiva comunicazione al Consiglio provinciale dell'Ordine.

L'Ordine provinciale, al fine di tenere un albo aggiornato, recepisce queste modificazioni e ne informa la Federazione Nazionale.

Il medico è tenuto a comunicare al Presidente dell'Ordine eventuali infrazioni alle regole, al reciproco rispetto e alla corretta collaborazione tra colleghi e alla salvaguardia delle specifiche competenze che devono informare i rapporti della professione medica con le altre professioni sanitarie.

Nell'ambito del procedimento disciplinare la mancata collaborazione e disponibilità del medico convocato dal Presidente dell'Ordine costituisce ulteriore elemento di valutazione a fini disciplinari.

Il Presidente dell'Ordine provinciale, nell'ambito dei suoi poteri di vigilanza deontologica, può invitare i medici esercenti la professione nella provincia stessa, sia in ambito pubblico che privato, anche se iscritti ad altro Ordine, informandone l'Ordine di appartenenza per le eventuali conseguenti valutazioni.

Il medico eletto negli organi istituzionali dell'Ordine deve adempiere all'incarico con diligenza e imparzialità nell'interesse della collettività e osservare prudenza e riservatezza nell'espletamento dei propri compiti.

TITOLO V RAPPORTI CON I TERZI

CAPO I Svolgimento dell'attività professionale

Art. 67 - Modalità e forme di espletamento dell'attività professionale -

Gli accordi, i contratti e le convenzioni diretti allo svolgimento di attività professionale in forma singola o associata, utilizzando strutture di società per la prestazione di servizi, devono essere approvati dagli Ordini, se conformi alle regole della deontologia professionale, che gli Ordini sono tenuti a far osservare e in ottemperanza agli atti di indirizzo e coordinamento emanati dalla

Federazione, sentito il Consiglio Nazionale della stessa, ivi compresa la notificazione dello statuto all'Ordine competente per territorio.

Il medico non deve partecipare a imprese industriali, commerciali o di altra natura che ne condizionino la dignità e l'indipendenza professionale.

L'attività professionale può essere svolta anche in forma associata con le modalità previste dall'atto di indirizzo della Federazione Nazionale.

Il medico nell'ambito di ogni forma partecipativa o associativa dell'esercizio della professione:

- è e resta responsabile dei propri atti e delle proprie prescrizioni;
- non deve subire condizionamenti della sua autonomia e indipendenza professionale;
- non può accettare limiti di tempo e di modo della propria attività, né forme di remunerazione in contrasto con le vigenti norme legislative e ordinistiche e lesive della dignità e della autonomia professionale.

Art. 68 - Rapporto con altre professioni sanitarie -

Il medico non deve stabilire accordi diretti o indiretti con altre professioni sanitarie che svolgano attività o effettuino iniziative di tipo industriale o commerciale inerenti l'esercizio professionale.

Nell'interesse del cittadino il medico deve intrattenere buoni rapporti di collaborazione con le altre professioni sanitarie rispettandone le competenze professionali.

TITOLO VI

RAPPORTI CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E CON ENTI PUBBLICI E PRIVATI

CAPO I

Obblighi deontologici del medico a rapporto di impiego o convenzionato

Art. 69 - Medico dipendente o convenzionato -

Il medico che presta la propria opera a rapporto d'impiego o di convenzione, nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche o pri-

vate, è soggetto alla potestà disciplinare e dell'Ordine anche in adempimento degli obblighi connessi al rapporto di impiego o convenzionale.

Il medico qualora si verifichi contrasto tra le norme deontologiche e quelle proprie dell'ente, pubblico o privato, per cui presta la propria attività professionale, deve chiedere l'intervento dell'Ordine, onde siano salvaguardati i diritti propri e dei cittadini.

In attesa della composizione della vertenza Egli deve assicurare il servizio, salvo i casi di grave violazione dei diritti e dei valori umani delle persone a lui affidate e della dignità, libertà e indipendenza della propria attività professionale.

Art. 70 - Direzione sanitaria -

Il medico che svolge funzioni di direzione o di dirigenza sanitaria nelle strutture pubbliche o private deve garantire, nell'espletamento della sua attività, il rispetto delle norme del Codice di Deontologia Medica e la difesa dell'autonomia e della dignità professionale all'interno della struttura in cui opera.

Egli ha il dovere di collaborare con l'Ordine professionale, competente per territorio, nei compiti di vigilanza sulla collegialità nei rapporti con e tra medici per la correttezza delle prestazioni professionali nell'interesse dei cittadini.

Egli, altresì, deve vigilare sulla correttezza del materiale informativo attinente alla organizzazione e alle prestazioni erogate dalla struttura.

Art. 71 - Collegialità -

Nella salvaguardia delle attribuzioni, funzioni e competenze, i rapporti tra i medici dipendenti e/o convenzionati, operanti in strutture pubbliche o private devono ispirarsi ai principi del reciproco rispetto, di collegialità e di collaborazione.

Art. 72 - Eccesso di prestazioni -

Il medico dipendente o convenzionato deve esigere da parte della struttura in cui opera ogni garanzia affinché le modalità del suo impegno non incidano negativamente sulla qualità e l'equità delle prestazioni, nonché sul rispetto delle norme deontologiche.

Il medico non deve assumere impegni professionali che comportino eccessi di prestazioni tali da pregiudicare la qualità della sua opera professionale e la sicurezza del malato.

Art. 73 - Conflitto di inter essi -

Il medico dipendente o convenzionato con le strutture e pubbliche e private non può in alcun modo adottare comportamenti che possano favorire direttamente o indirettamente la propria attività libero-professionale.

CAPO II

Medicina dello Sport

Art. 74 - Accertamento della idoneità fisica -

La valutazione della idoneità alla pratica degli sport deve essere ispirata a esclusivi criteri di tutela della salute e della integrità fisica e psichica del soggetto.

Il medico deve esprimere il relativo giudizio con obiettività e chiarezza, in base alle conoscenze scientifiche più recenti e previa adeguata informazione al soggetto sugli eventuali rischi che la specifica attività sportiva può comportare.

Art. 75 - Idoneità - Valutazione medica -

Il medico ha l'obbligo, in qualsiasi circostanza, di valutare e se un soggetto può intraprendere o proseguire la preparazione atletica e la prestazione agonistica.

Il medico deve esigere che la sua valutazione sia accolta, in particolare negli sport che possano comportare danni all'integrità psico-fisica degli atleti, denunciandone il mancato accoglimento alle autorità competenti e all'Ordine professionale.

Art. 76 - Doping -

Il medico non deve consigliare, prescrivere o somministrare trattamenti farmacologici o di altra natura diretti ad alterare le prestazioni di un atleta, in particolare e qualora tali interventi agiscano direttamente o indirettamente modificando il naturale equilibrio psico-fisico del soggetto.

CAPO III

Tutela della salute collettiva

Art. 77 - Attività nell'interesse della collettività -

Il medico è tenuto a partecipare all'attività e ai programmi di tutela della salute nell'interesse della collettività.

Art. 78 - Trattamento sanitario obbligatorio
e denunce obbligatorie -

Il medico deve svolgere i compiti assegnatigli dalla legge in tema di trattamenti sanitari obbligatori e deve curare e con la massima diligenza e tempestività la informativa alle autorità sanitarie e ad altre autorità nei modi, nei tempi e con le procedure stabilite dalla legge, ivi compresa, quando prevista, la tutela dell'anonimato.

Art. 79 - Prevenzione, assistenza e cura della dipendenza
da sostanze da abuso -

L'impegno professionale del medico nella prevenzione, nella cura e nel recupero clinico e reinserimento sociale del dipendente da sostanze da abuso deve, nel rispetto dei diritti della persona e senza pregiudizi, concretizzarsi nell'aiuto tecnico e umano, sempre finalizzato al superamento della situazione di dipendenza, in collaborazione con le famiglie e le altre organizzazioni sanitarie e sociali pubbliche e private che si occupano di questo grave disagio.

DISPOSIZIONE FINALE

Gli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri sono tenuti a inviare ai singoli iscritti all'Albo il Codice di Deontologia Medica e a tenere periodicamente corsi di aggiornamento e di approfondimento.

Il medico e l'odontoiatra devono prestare il giuramento professionale.

Associazione Europa dei Diritti

L'associazione nazionale senza fini di lucro o **“Europa dei Diritti”**, costituita con atto pubblico a Reggio Emilia il 17 gennaio 2004, promuove la cultura dei diritti, tramite campagne di informazione effettuate capillarmente e con tutti i media disponibili, al fine di aumentare e la consapevolezza dei cittadini sui propri diritti e sui mezzi disponibili per ottenere la tutela.

L'associazione sottopone al comitato di redazione ogni singolo caso segnalato dagli associati, al fine di alimentare la documentazione che farà parte di settimanali segnalazioni alla stampa locale, nazionale, alle associazioni di difesa dei consumatori.

L'azione dell'associazione si svolge quindi in cooperazione con tutte le forze sociali che condividono la tutela dei cittadini.

Programmi

L'associazione, conformemente al proprio statuto, si prefigge:

- La cooperazione con le associazioni di difesa dei consumatori, sostenendo e promuovendo iniziative da esse coordinate in ambito locale;
- La promozione della cultura del diritto ai diritti su media locali, istituendo rubriche periodiche ove sia dato spazio ai cittadini e dove, in collaborazione con le altre associazioni presenti nel territorio, possano essere affrontati temi di quotidiana utilità.

Tale azione sarà svolta tramite collane editoriali specia-

- lizzate, i quotidiani, le emittenti radiofoniche e televisive tramite la strutturazione di pr ogetti radiotelevisivi supportati e supervisionati dall'opera dell'associazione;
- Il sito inter net , quale strumento per la divulgazione dell'opera di ricer ca e infor mazione dell'associazione come descritta ai punti pr ecedenti, per r ecepire le indicazioni degli associati e dei cittadini in gener e, con creazione di una banca dati fruibile a chiunque, avendone titolo, ne faccia richiesta e quant'altr o attinente allo scopo.

L'associazione "Eur opa dei Diritti" non si pone in competizione con le associazioni di difesa dei diritti dei consumatori, già ampiamente rappr esentate a livello locale e nazionale, ma si mette a disposizione di queste per pr omuovere tramite i propri mezzi stampa, ma anche i quotidiani, inter net e le emittenti radiotelevisive, la cultura del "Diritto ai diritti".

Vantaggi per gli associati

Fino al 31 dicembr e 2005 l'adesione all'associazione è completamente gratuita, come pr evisto dallo Statuto appr ovato il 17/01/2004, e aperta a tutti i cittadini e a persone giuridiche quali società, enti, associazioni, comitati che ne condividano le finalità.

Pertanto l'associazione fa fr onte alle proprie spese di gestione esclusivamente con gli incassi derivanti dalle pr oprie iniziative editoriali e multimediali, che pr evedono la partecipazione alla r ealizzazione e dif fusione di collane infor mative sui diritti dei cittadini, la r ealizzazione di for mat televisivi e radiofonici, la pubblicazione di libri.

Tutti gli associati hanno diritto di ricever e gratuitamente, previa richiesta da ef fettuarsi di volta in volta tramite il sito e fermo il recupero delle spese postali, le pubblicazioni a tal fine rese disponibili e di partecipar e gratuitamente agli incontri e ai corsi or ganizzati annualmente dallo staf f legale di Eur opa dei Diritti, i cui contenuti sono ricavati dalle stesse richieste dei soci in un'ottica di assistenza dedicata ai temi pr evalenti.

Come associarsi

Gli associati ad Europa dei Diritti si dividono in tre categorie:

- a. **soci ordinari**, costituiti da persone fisiche;
- b. **soci sostenitori**, costituiti da persone giuridiche, quali a titolo esemplificativo e non limitativo le società commerciali, artigianali, industriali, associazioni, movimenti, leghe, circoli, gruppi organizzati o comitati.
- c. **soci aggregati**, le società che svolgono attività economiche quali società in nome collettivo, società in accomandita semplice, società di fatto ed equivalenti soggetti collettivi esteri.

Pertanto si evidenzia il ruolo dell'Associazione come orientato non esclusivamente al consumatore e come privato, ma al cittadino in senso lato, anche in qualità di titolare di un'attività, artigiano, professionista, datore di lavoro.

Associazione Europa dei Diritti
Via Guicciardi, 7
42100 Reggio Emilia (RE)
Fax 0522.396286

Form per la richiesta di
associazione disponibile on-line:
www.europadeidiritti.com

Indice analitico degli argomenti trattati

- aborto cagionato volontariamente
 - da obiettore di coscienza, 58
- aborto causato colposamente, 56
- aborto causato senza osservar e le modalità previste dalla legge, 57
- aborto causato volontariamente senza consenso della donna, 56
- aborto preterintenzionale (c.d.), 57
- aborto terapeutico, 53
- accanimento terapeutico, 49
- accertamento della morte, 36
- accertamento morte cerebrale, 37
- accoglienza, 89
- acquisizione del consenso, 67
- AIDO, 41
- AIDS, 61
- apparato sanzionatorio legge 40/2004, 23
- arresto cardiaco, 36
- ASL, 73
- assegnazione codice di gravità, 90
- assistenza al malato inguaribile, 50
- assistenza distrettuale, 86
- assistenza domiciliare integrata, 83
- assistenza d'urgenza, 68
- assistenza ospedaliera, 86
- assistenza programmata al domicilio, 76
- assistenza sanitaria collettiva, 85
- assistiti, 73
- autonomia del cittadino, 68
- Belgio, 47
- Bioethics bridge to the future, 11
- bioetica, 11
- carta di Erice, 12
- caso "Massimo", 69
- caso olandese, 48
- caso Pretty, 49
- Centro Nazionale Trapianti, 32
- certificazione di idoneità, 75
- certificazione morte cerebrale, 37
- certificazione per l'incapacità temporanea al lavoro, 75
- certificazioni obbligatorie, 75
- chimere, 23
- Cina, 48
- cittadini extra-comunitari, 74
- cittadini non residenti, 74
- clonazione, 22
- codice di deontologia medica, 43
- codici di gravità nel pronto soccorso, 90
- Comitato Nazionale per la Bioetica, 61, 62
- compiti del medico di famiglia, 75, 76, 77, 78
- compiti del pediatra, 78, 79
- consenso del legale rappresentante, 68
- consenso e dissenso esplicito, 40
- consenso informato, 18, 59, 60
- consenso presunto, 67
- consenso richiesto ai prossimi congiunti, 66
- consenso, 65, 66
- Consiglio nazionale di bioetica, 43

- consulto con lo specialista, 75, 79
 consultori familiari, 54
 continuità assistenziale, 80, 81
 Convenzione del Consiglio d'Europa sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina (Oviedo), 61, 65
 Corte Costituzionale, 51
 Corte europea dei diritti dell'uomo, 49
 crioconservazione, 17
 certificati a pagamento del pediatra, cure palliative, 45
 Danimarca, 48
 definizione di morte cerebrale, 35
 delitto di commercio di organi e tessuti, 41
 deontologia medica, 13
 dichiarazione autografa, 40
 diritto all'informazione, 65
 diritto di rimanere all'oscuro, 65
 disposizioni transitorie, divieto dell'anonimato della madre, 21
 divieto di disconoscimento, 21
 dolce morte, 48
 donatore vivente, 31
 donazione di sangue, 76
 donna non consenziente, 57
 dopo il 90° giorno di gravidanza, 53
 embrioni, 23
 encefalo, 38
 Enciclica *Evangelium Vitae*, 44
 enciclopedia of bioethics, 11
 eterologo, 17
 eugenetico, 22
 eutanasia, 43
 eutanasia attiva, 44
 eutanasia consensuale, 45
 eutanasia indiretta, 45
 eutanasia passiva, 44
 eutanasia pietosa, 44
 farmaci analgesici oppiacei, 45
 fecondazione assistita, 15
 fecondazione eterologa, 17
 fecondazione in vitro, 16
 fecondazione in vivo, 16
 fecondazione omologa, 17
 figli legittimi, 20
 figli riconosciuti, 20
 finalità legge 91/99, 35
 Francia, 48
 gameti, 15
 Germania, 48
 giuramento d'Ippocrate, 43
 gonadi, 38
 gradualità, 18
 Gran Bretagna, 48
 guardia medica, 78, 80
 ibridi, 23
 infermiere, 89
 infertilità, 16, 17
 informazione al cittadino, informazione e consenso, 68
 informazioni al paziente, 63
 inseminazione artificiale, 15
 inseminazione c.d. *post-mortem*, 18
 interruzione della gravidanza, 51
 interventi invasivi, 49
 istigazione o aiuto al suicidio, 46
 legge 19 febbraio 2004, n. 40, 15
 lesioni encefaliche, 36
 lesioni personali, 69
 linee guida, 20
 livelli essenziali di assistenza, 85
 malati terminali, 43
 medicina generale, 84
 medico di famiglia, 71
 minori di età, 39
 misure rianimatorie, 36
 morte cerebrale o encefalica, 34
 nascituro, 20
 non donatori, 39
 numero di emergenza 118, 81
 obiezione di coscienza, 25, 56
 omicidio del consenziente, 45
 omicidio doloso, 46
 omicidio preterintenzionale, 69
 omicidio volontario, 46

- opposizione al prelievo, 41
- orario del medico di famiglia, 77
- organo, 29
- ovocita, 16
- parto prematuro, 56
- paziente non deambulante, 83
- periodo di osservazione, 37
- prelievo abusivo organi e tessuti, 41
- prelievo di organi tra persone viventi, 30
- prestazioni del medico di famiglia
 - di particolare impegno professionale, 74
- prestazioni del medico di famiglia dietro autorizzazione sanitaria, 77
- prestazioni del medico di famiglia senza autorizzazione sanitaria, 76
- prestazioni escluse dai livelli essenziali di assistenza, 87
- prestazioni parzialmente escluse dai livelli essenziali di assistenza, 88
- primi 90 giorni di gravidanza, 52
- pronto soccorso, 89
- provetta, 16
- Registro nazionale italiano dei donatori di midollo osseo, 33
- ricerca sugli embrioni, 23
- ricusazione medico di famiglia, 74
- ripensamento, 20, 53
- sacralità della vita, 44
- scelta e revoca del pediatra, 78
- scheda biocard, 50
- scheda sanitaria, 75
- Servizio sanitario nazionale, 85
- servizio stagionale di assistenza sanitaria, 80
- silenzio elettrico, 37
- silenzio-assenso, 34
- single, 18
- sperimentazione sugli embrioni umani, 22
- Stati Uniti, 48
- stato di coma, 36
- stato di necessità, 67
- stato giuridico del nato, 21
- sterilità, 16, 17
- suicidio, 43
- Suprema Corte britannica, 49
- sviluppo della cultura sanitaria, 75
- Svizzera, 48
- tecniche di procreazione medicalmente assistita, 16
- tecniche fecondative, 15
- tesserino blu, 40
- testamento biologico, 50
- Testimoni di Geova, 66
- ticket, 85, 89
- trapianto del rene, 31
- trapianto, 29, 30, 33, 34
- trasfusione di sangue, 66
- triage, 89
- vaccinazioni antinfluenzali, 76
- vaccinazioni, 60
- violazione del segreto professionale e d'ufficio, 58
- violenza privata, 69
- visite domiciliari e ambulatoriali, 75, 78, 79
- visite occasionali, 74
- visite pediatriche occasionali, 80
- vita autonoma del feto, 54
- volontà di non saper e, 65
- zona di accoglimento, 89

finito di stampare
nel mese di gennaio 2005
presso Grafica Veneta S.p.A. - Trebaseleghe (PD)

NOI CITTADINI. Domande e risposte su SANITÀ E BIOETICA

- *Che cosa prevede la legge sulla procreazione medicalmente assistita?*
- *Come si esprime la volontà di donare gli organi?*
- *Cos'è l'eutanasia? In quali Stati è legale? Qual'è la posizione del nostro ordinamento giuridico?*

La procreazione assistita, l'eutanasia, il trapianto e l'aborto sono certamente temi delicati e complessi che coinvolgono le coscienze di tutti i cittadini. Questo libro intende affrontarli senza perdere il senso pratico che contraddistingue la collana di cui fa parte.

Spesso, infatti, il cittadino non è consapevole dei propri diritti e non si trova pertanto nella condizione di tutelarli. Il ricorso alla consulenza dell'avvocato di fiducia, o alle altre strutture preposte a tale tutela, avviene quasi sempre quando tali diritti sono già stati violati.

L'Associazione "Europa dei Diritti" (www.europadeidiritti.com) ha promosso questa collana allo scopo di favorire la cultura del "diritto ai diritti": si propone di dare risposte semplici, anche se rigorose, ai dubbi e alle situazioni che potrebbero coinvolgere il cittadino...

Perchè "prevenire è meglio che curare"

GLI AUTORI:

Jean-Christophe Cataliotti

Avvocato, laureato in giurisprudenza presso l'Università degli studi di Bologna con la tesi "La tutela penale della privacy", è consulente legale del gruppo editoriale Unimedia e dell'Associazione nazionale "Europa dei Diritti".

Tiziano Motti

Presidente dell'Associazione nazionale "Europa dei Diritti" e del gruppo editoriale Unimedia. Azionista di maggioranza del quotidiano "Il Giornale di Reggio" e fondatore di diverse società operanti in campo pubblicitario e nella formazione sulla comunicazione. (www.tizianomotti.com)