

# M.D.

MEDICINAE DOCTOR

Anno XXV, numero 4 - maggio 2018

Poste Italiane Spa - Sped. in abb. Postale - D.L. 353/2003 (conv. In 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Milano - Direttore responsabile: Dario Passoni - ISSN 1123 8631

## IN QUESTO NUMERO

FOCUS ON

6

**Medici di medicina generale  
sempre più telematici**

RIFLETTORI

8

**Il fallimento della versione  
federalista del Servizio  
Sanitario Nazionale**

RASSEGNA

34

**Cardiologia riabilitativa,  
esercizio fisico e prevenzione  
secondaria cardiovascolare**



Attraverso  
il presente  
**QR-Code**  
è possibile  
scaricare l'intera  
rivista.



**Mauro Marin**

*Direttore Distretto Sanitario, Azienda Friuli Occidentale, Pordenone*

**Il distretto sanitario a garanzia  
di una migliore assistenza integrata**



**M.D. Medicinae Doctor**

Reg. Trib. di Milano n. 527 del 8/10/1994  
ROC n.4120

**Direttore Responsabile**

Dario Passoni

**Comitato di Consulenza di M.D.**

Massimo Bisconcin, Claudio Borghi,  
Nicola Dilillo, Giovanni Filocamo,  
Massimo Galli, Mauro Marin,  
Carla Marzo, Giacomo Tritto

**Redazione**

Patrizia Lattuada  
Anna Sgritto  
Livia Tonti  
Elisabetta Torretta

**Grafica e impaginazione**

Rossana Magnelli

**Pubblicità**

Teresa Premoli  
Sara Simone

**Passoni Editore s.r.l.**

Via Boscovich, 61 - 20124 Milano  
Tel. 02.2022941 (r.a.)  
Fax 02.202294333  
E-mail: info@passonieditore.it  
www.passonieditore.it

**Amministratore unico**

Dario Passoni

Costo di una copia: 0,25 €  
A norma dell'art. 74 lett. C del DPR 26/10/72  
n° 633 e del DPR 28/12/72  
il pagamento dell'IVA è compreso  
nel prezzo di vendita

Stampa: Tiber SpA - Brescia

# In questo numero

## ATTUALITÀ

- **Prima pagina**  
Il distretto sanitario a garanzia di una migliore assistenza integrata ..... 5
- **Focus on**  
Medici di medicina generale sempre più telematici ..... 6  
- *Ma l'innovazione digitale nella Sanità italiana va a rilento* ..... 7
- **Riflettori**  
Il fallimento della versione federalista del Servizio Sanitario Nazionale ..... 8
- **Il punto**  
La riforma lombarda delle cronicità: lo stato dell'arte ..... 10  
- *E intanto l'OMCeO di Milano mette in guardia i medici dai rischi medico legali* ..... 11
- **Tribuna**  
Un contratto senza capo né coda ..... 12
- **Contrappunto**  
Riordino delle cure primarie: servono innovazione, tradizione e risorse certe ..... 15
- **Legislazione**  
Differenza tra prescrizione di ausili e contenzione ..... 16

## AGGIORNAMENTI

- **Diabetologia**  
Diabetoprosi, una nuova entità nosologica? ..... 22
- **Epatologia**  
Evoluzione della steatosi epatica e legame con il microbiota ..... 23
- **Medicina interna**  
Sali di potassio nel trattamento dell'ipokaliemia ..... 24
- **Infettivologia**  
Malattia di Lyme, nuove indicazioni del NICE ..... 25
- **Radiologia interventistica**  
Trattamento percutaneo del nodulo tiroideo benigno ..... 26
- **Reumatologia**  
Trattamento dell'iperuricemia nel paziente con gotta ..... 28

## CLINICA E TERAPIA

- **Diagnostica**  
La fragilità ossea e lo score Fra-HS ..... 32
- **Rassegna**  
Cardiologia riabilitativa, esercizio fisico e prevenzione secondaria cardiovascolare ..... 34
- **Ricerca**  
Metabolismo epatico e differenze di genere ..... 37
- **Riflessioni cliniche**  
L'importanza delle parole: la comunicazione medico-paziente  
può peggiorare i sintomi? ..... 40
- **Linee guida**  
Raccomandazioni per evitare la malnutrizione nel Parkinson ..... 43
- **Osservatorio**  
Scompenso cardiaco: andamento subdolo e qualità della vita in calo ..... 45
- **Monitor**  
BPCO: dalla real life alla triplice terapia ..... 46

# Differenza tra prescrizione di ausili e contenzione

Responsabilità professionale dei sanitari nella prescrizione degli ausili “non personalizzati”

Cesare Taraschi - *Magistrato Tribunale di Salerno*

Simona Pelliccia - *Avvocato, Foro di Caserta*

Il medico si trova spesso a prescrivere un ausilio a domicilio o nelle residenze protette per anziani, con il dovuto consenso informato dell'assistito o suo rappresentante legale come previsto dalla legge n.219/2017.

Secondo la legge n. 104/1992 gli ausili sono forniti con onere a carico del Ssn alle persone invalide e disabili su specifica indicazione clinica per funzione riabilitativa o mantenimento di una postura corretta.

Le modalità di prescrizione sono definite dal D.M. Sanità n. 332/1999 e dal DPCM 12/01/2017: gli ausili “personalizzati” devono essere prescritti dal medico specialista pubblico dipendente o convenzionato e il medico curante convenzionato col Servizio sanitario nazionale può prescrivere gli ausili “non personalizzati”, anche avvalendosi della valutazione del fisioterapista abilitato dal D.M. n.741/1994 per la scelta appropriata dell'ausilio non personalizzato.

Le spondine a letto (cod. 18.12.27.103), il tavolino servitore (cod. 12.24.15.109) e le cinghie pettorali (cod. 12.24.06.136) in carrozzina sono definite ausili non personalizzati dal nomenclatore-tarifario in D.M.

Sanità n. 332/1999 e in allegato 5 del DPCM 12/01/2017. Il piano riabilitativo assistenziale individuale (PRAI) integra la prescrizione medica solo quando l'ausilio ha finalità riabilitativa.

Nella Raccomandazione n. 13/2011 del Ministero della Salute l'applicazione di ausili è riconosciuta anche come mezzo di prevenzione delle cadute dannose prevedibili ed evitabili in base alla valutazione del profilo di rischio dell'assistito. La Regione FVG con DGR n.1904/2016 in merito al superamento della contenzione ha affermato che l'uso appropriato di ausili non costituisce contenzione, stabilendo così una ragionevole distinzione tra uso di ausili codificati e contenzione meccanica.

Non è considerato contenzione l'uso di cinture di sicurezza e spondine laterali per carrozzine e barelle durante i trasporti in quanto previsto dal Codice della Strada (Cass. pen. n. 36777/2015), dei dispositivi per conservare la corretta postura su letto operatorio e su letto di radiodiagnostica, di mezze spondine e singola spondina al letto che consentano senza scavalco la discesa dal letto, di apparecchi gessati e letti ortopedici pediatrici.

## ► Posizione di garanzia

L'art. 1 della legge n. 24/2017 afferma che la sicurezza delle cure è parte del diritto alla salute. L'affidamento di una persona alla protezione e alle cure di una struttura sanitaria comporta a carico di plurimi soggetti incaricati nel percorso assistenziale l'obbligo di tutela della salute e della vita dell'assistito, derivante dagli artt. 2 e 32 della Costituzione (Cass. pen. n. 11136/2015, n. 46824/11 e n. 20584/10).

La Costituzione afferma che nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge (art.32), in conformità ai principi di inviolabilità della libertà personale (art. 13) e di tutela dei diritti inviolabili della persona (art.2) comprendenti anche il diritto alla tutela della vita che è il presupposto di tutti gli altri diritti (Corte Cost. ordinanza n. 334/2008).

La responsabilità del sanitario, definita posizione di garanzia, include il dovere di tutelare l'integrità psico-fisica dell'assistito da tutte le fonti di rischio che possono ledere l'integrità e il dovere di neutralizzare le fonti di pericolo che possono minacciare l'integrità psico-

fisica di terzi. La responsabilità degli operatori non si limita all'obbligo di garantire la cura e la custodia della persona assistita, ma si estende anche ai fatti dannosi compiuti dagli incapaci affidati alla loro sorveglianza (art. 2047 c.c.). Affinché una condotta omissiva sia assunta come fonte di responsabilità per danni (art. 2043 c.c.), occorre individuare nel caso specifico un obbligo giuridico di impedire l'evento lamentato, che può derivare da una norma o contratto fra il titolare dell'interesse leso e il soggetto chiamato a rispondere della lesione (Cass. civ. n. 13957/05, n. 13892/05, n. 9590/98) o anche da omissione dei doveri di solidarietà sociale di cui all'art. 2 Cost (Cass. civ. n. 22344/14).

La circostanza che il paziente sia capace di intendere o di volere ovvero il fatto che non sia soggetto ad alcun trattamento sanitario obbligatorio, non esclude tale obbligo, ma può incidere solo sulle modalità del suo adempimento (Cass. civ. n. 22331/14) poiché anche una persona capace di intendere e di volere può aver bisogno di vigilanza e protezione per evitare che subisca un danno. Il fondamento degli obblighi impeditivi si coglie nella necessità di assicurare a determinati beni (salute e vita) una tutela rafforzata nell'incapacità dei loro titolari a proteggerli.

#### ► Contenzione extrema ratio

Il Comitato Nazionale di Bioetica (CNB), nel parere del 23 aprile 2015, afferma la regola etica di superare la contenzione come metodica abituale di assistenza nel rispetto dei diritti della persona, ma riconosce anche la necessità della

contenzione temporanea come extrema ratio nei casi di pericolo grave e attuale che l'assistito compia atti autolesivi o commetta un reato a danno di terze persone. Inoltre afferma che la contenzione deve essere prescritta dal medico, annotata in cartella clinica, monitorata e interrotta quando non più necessaria.

L'art. 32 del Codice Deontologico Medico 2014 afferma che il medico prescrive e attua misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche, nel rispetto della dignità e sicurezza della persona. L'art. 30 del Codice Deontologico Infermieristico 2009 afferma: "L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali".

Secondo l'IPASVI, la contenzione può essere indicata quando esiste un pericolo grave e imminente di suicidio, se l'assistito diventa violento verso terzi e/o se tende a strapparsi i presidi per i trattamenti salvavita ([www.ipasvi.it/print/click-salute/7.htm](http://www.ipasvi.it/print/click-salute/7.htm)).

I giudici hanno spesso condannato gli operatori sanitari per il danno subito dagli assistiti affidati alle loro cure a causa di omessa applicazione temporanea della contenzione nel momento eccezionale di pericolo grave e immediato per la vita dell'assistito o di terzi (Cass. pen. n. 28704/2015, n. 11136/2015, n. 9170/2013, n. 21285/2013, n. 23661/13, n. 16075/2013, n. 18950/2009, n. 48292/2008). L'impedimento di atti auto ed eterolesivi del paziente rientra nell'obbligo di cura (Cass. pen. n. 48292/08).

L'uso ingiustificato della contenzione come metodica di assistenza è invece illecito e può configurare i reati di violenza privata (art. 610 c.p.), maltrattamenti in famiglia (art. 572 c.p.) o sequestro di persona (art. 605 c.p.).

La Corte di Appello di Salerno, con sentenza n. 2296 del 15 novembre 2016, ha affermato che la contenzione è lecita solo per motivi cautelari che possano far invocare uno stato di necessità (art. 54 c.p.), in quanto rappresenta l'*extrema ratio* di un'attività assistenziale rientrante nel dovere di protezione gravante sul personale sanitario che ha in carico il paziente, al fine di sottrarre temporaneamente l'assistito ad un grave pericolo attuale, prevenibile ed evitabile.

La "riforma Basaglia" (L. n.180/78) ha evitato di prendere posizione in ordine alla contenzione. L'unico riferimento normativo vigente alla contenzione è contenuto nell'Ordinamento Penitenziario, legge n. 354 del 1975, che all'art. 41 legittima l'uso di coercizione fisica nei casi previsti dal regolamento di esecuzione (art. 82 DPR n. 230/2000).

La Corte di Cassazione, nel dare l'interpretazione autentica delle leggi (art.65, legge n.12/44), non ha dubbi circa l'obbligo di imporre temporanee restrizioni della libertà personale del paziente come "extrema ratio", se ciò è funzionale alla prevenzione di gravi atti auto o eterolesivi.

#### Bibliografia

- M. Marin: Assistenza senza contenzione, in [www.personaedanno.it](http://www.personaedanno.it)
- Marques P: JBD Database System Rev Implement Rep. 2017; 15/10: 2527-2554.