

Il contributo alla professione di Luca Benci

UNA BREVE PREMessa

Luca Benci, prima infermiere poi giurista esperto di diritto delle professioni sanitarie, consulente della Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI) e componente del Consiglio Superiore di Sanità, ha contribuito in maniera significativa al dibattito e al confronto su molte tematiche riguardanti le professioni sanitarie in genere.

Lo ha fatto anche manifestando, più volte, dissenso su alcune posizioni prese dalle professioni o dal sistema più in generale, ma sempre argomentando in modo puntuale, preciso e documentato la sua posizione e con spirito costruttivo.

Accanto a noi ha condotto, spesso anche sottolineando ed evidenziando con spirito assolutamente libero e trasparente come era sua caratteristica, anche le criticità e i punti di caduta – soprattutto giuridici – di posizioni e tesi che discusse e ragionate hanno poi portato quella infermieristica a essere una delle prime e più importanti professioni nel settore dell'assistenza nel nostro Paese.

Tanti i temi trattati e approfonditi da Luca Benci, ricordarli e sottolinearli tutti significherebbe scrivere un lungo elenco e molte pagine: in questa monografia pensata per regalare a tutti noi le sue riflessioni a memoria del suo significativo contributo alla professione ci limiteremo a ripercorrere seppur superficialmente i temi più strettamente legati alla nostra professione quindi non lo faremo seguendo un ordine cronologico.

Come ogni scelta, anche questa avrà dei limiti, qualche argomento non verrà ricordato, sarà inevitabile così come sarà difficile soddisfare le aspettative di tutti i colleghi rispetto alla produzione di Luca.

Ogni tematica ricordata sarà però corredata di collegamenti ipertestuali agli articoli ritenuti più significativi da lui pubblicati su Quotidiano Sanità: anche questa selezione porterà con sé sicuramente dei limiti ma riportarli tutti renderebbe non fruibile il contributo in quanto tale.

NELLO SPECIFICO

Competenze specialistiche

Ecco quindi il primo degli argomenti da ricordare: le competenze specialistiche un tema ancora più che mai aperto, un atto tuttora incompiuto in termini di riconoscimento formale – da parte del “sistema politico, sociale e professionale” – di competenze agite da molto se non addirittura da sempre dagli infermieri.

A frenare e rallentare negli anni il faticoso percorso di riconoscimento e consolidamento delle competenze specialistiche è stato in buona parte il ricorso in modo e misura diversa a supposti “cavilli” a volte di natura normativa, a volte giuridica, a volte difficili da ricondurre a uno specifico aspetto ma in ogni caso tutti con un grande effetto frenante.

E a questo Luca Benci ha saputo dare evidenza, argomentandola, nei suoi articoli, confutando in alcune occasioni e smontando in altre, le diverse ipotesi a sostegno dell'uno o dell'altro pretesto.

...“Da molti mesi che il dibattito sulle competenze avanzate delle professioni sanitarie e, in particolar modo, sulle competenze avanzate degli infermieri, è diventato la maggiore delle questioni. Vi sono state prese di posizioni, analisi, polemiche... I due documenti sul futuro delle professioni sanitarie ... hanno suscitato tante polemiche. Dai

dubbi sul concetto di “competenze avanzate” per gli infermieri a quelli suscitati dal nuovo organismo per la discussione delle tematiche professionali tra governo, regioni e sindacati” ... scriveva nell'introduzione di un articolo dal titolo [“Le competenze avanzate infermieristiche e la “Cabina di regia”. Alcune riflessioni giuridiche”](#) pubblicato su Quotidiano sanità il 19 gennaio 2014 nel quale a cappello della sua analisi giuridica poneva l'accento sul concetto di competenze avanzate.

Nello specifico sottolineava come, se si consideravano tali alcune attività come, ad esempio, la completa gestione in autonomia di medicazioni avanzate, l'inserimento e la gestione di determinati presidi come i cateteri venosi centrali a inserimento periferico, alcune modalità di risposta alle “urgenze minori” come l'esperienza del See and Treat toscano, alcune modalità di risposta alle urgenze intermedie come il triage avanzato e non molto altro, tutta la discussione risultava praticamente inutile in quanto riguardava una parte ultraminoritaria della professione infermieristica e, soprattutto, delle organizzazioni sanitarie.

Se invece per competenze avanzate si intendeva anche lo sviluppo delle competenze per migliorare la presa in carico della persona, la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, il governo dei bisogni assistenziali, sanitari e socio sanitari delle persone, delle famiglie e della comunità assistita allora la discussione si poneva su un altro e diverso piano che giustificava “la posta in gioco” e il dibattito del periodo.

“Le competenze avanzate quindi non possono essere intese solamente come una qualche mansione in più nei relativi contesti professionali, ma una diversa e più ampia modalità della “presa in carico” del paziente e dei processi assistenziali che permetta risposte più incisive alle mutate esigenze del contesto sanitario.... Un'ultima notazione sulle competenze avanzate e sulle esperienze già in atto in questi anni. Una serie di attività – se non la totalità – si sono rese possibili a legislazione invariata senza che – polemiche strumentali a parte – si ponessero nel concreto reali problemi di legittimità...” – continuava Benci.

Sulla questione continuava con un altro articolo a distanza di pochi giorni, il 28 gennaio – [Ancora su medici e infermieri. Ma chi l'ha detto che i cambiamenti debbano farsi solo per legge?](#) – in cui fa un'analisi dettagliata del documento – contenente osservazioni sulla bozza di accordo sulle competenze avanzate dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico – che le sigle sindacali mediche (ANAAO ASSOMED - CIMO-ASMD - AAROI-EMAC - FVM - FASSID – CISL MEDICI - FESMED – ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI - AUPI – SINAFO) inviarono al ministro Lorenzin, al ministro Del Rio, al presidente della Conferenza Stato-Regioni e agli assessori regionali palesando nelle conclusioni, di non ritenere di poter condividere i contenuti della bozza di accordo: in sostanza per usare l'espressione di Benci “stroncandola” definitivamente.

Considerazioni preliminari, riferimenti legislativi a sostegno di questa bocciatura senza scampo, questi i contenuti del documento che all'analisi attenta e puntuale di Luca Benci rivelava *“qualche inesattezza giuridica e qualche preoccupazione forse eccessiva. Più politica che professionale”*.

Che il comma 566¹ della Legge 23 dicembre 2014, n. 190 Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2015) avesse contribuito ad aumentare un già ampio e articolato dibattito sulle competenze degli infermieri è indubbio: nello specifico intorno ai contenuti di questo comma si sono alternati fautori e detrattori dello stesso. Ma non fu su questo che Benci accese i riflettori con una serie di articoli nel corso del 2015 bensì sulle ricadute giuridiche e non della nuova norma su quelle preesistenti.

In particolare, in un articolo del 2 febbraio 2015 – [Comma 566. Pro o contro, poco importa. Il punto è che con questo comma la legge 42 andrà in “pensione”](#) pone l'attenzione sulla necessità di accertare se il “comma 566” si colloca in una situazione di integrazione della vigente normativa di abilitazione all'esercizio professionale delle professioni diverse da quella medica oppure se contiene una abrogazione implicita della stessa. In altre parole: se integra la legge 42/99 oppure se la abrogasse sostituendola.

Poche settimane dopo, il 27 febbraio, con un altro articolo – [Professioni sanitarie. Dopo il “comma 566” la necessità di un testo unico](#) – ribadisce che la recente approvazione del comma 566 della legge di Stabilità 2015 ha posto per l'ennesima volta alcune debolezze del sistema di abilitazione all'esercizio professionale delle professioni sanitarie e delle sue molteplici interpretazioni. Riferendosi alla Legge 42/99, i problemi che secondo Benci rimangono irrisolti sono sostanzialmente tre:

1. Il “campo proprio” non sfociato nel “campo esclusivo” per interpretazione della giurisprudenza di legittimità che lo tende a escludere, interpretando restrittivamente un dato letterale sufficientemente chiaro. Il campo proprio esclude l'inviolabilità e quindi ne determinerebbe l'esclusiva;
2. La mancata istituzione degli ordini professionali – per le professioni prive di albo – determina la mancata

¹ *“Ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, con accordo tra Governo e Regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica”*.

estensione erga-omnes dell'osservanza del codice deontologico emanato da associazioni private, ancorché riconosciute con decreto ministeriale, ma pur sempre private;

3. Una previsione dei percorsi post/base previsti solo per infermieri e fisioterapisti e solo nel riconoscimento dei profili professionali e non riconosciuti, a distanza di venti anni, neanche dai contratti collettivi.

Al termine della sua disamina sulla normativa primaria alla luce dell'approvazione del comma 566 chiude con una proposta finalizzata, a suo parere a fare chiarezza e a rafforzare il sistema normativo non libero da debolezze e contraddizioni giuridiche: l'approvazione di un testo unico attraverso lo strumento della legge delega che in modo ricognitivo porti a un articolato unico armonizzato con le norme che si sono succedute nel tempo e che superi le diverse aporie che, proprio nel sistema, si sono create.

Il comma 566 è stato un tema "caldo" per buona parte dell'anno 2015: nello specifico, Luca Benci lo ha considerato e analizzato da differenti angolazioni, non solo dal punto di vista dell'esercizio professionale ma anche da quello giuridico, legale e della relazione con due scritti, uno il 16 marzo – [Il comma 566 e gli aspetti giuridico legali. Non facciamo confusione](#) e il successivo il 18 marzo – [Comma 566 e codice penale. Maneggiare con cura](#).

E questo discusso comma della legge di stabilità, con un articolo del 22 luglio – [Comma 566. È possibile modificarlo?](#) interviene su due scritti uno di Cesare Fassari, Direttore di *Quotidiano sanità* del 20 luglio (*L'inutile guerra del comma 566*) e l'altro del 21 luglio (*Comma 566. È muro contro muro. Le professioni sanitarie dicono "No" a qualsiasi modifica: "Subito l'accordo Stato Regioni o ci mobilitiamo con i cittadini"*) interviene facendo delle riflessioni squisitamente giuridiche e ribadendo che al di là di ogni forma e modalità di dibattito, incontri/scontri tra le parti, il sistema non può permettersi un'ulteriore paralisi nel momento in cui deve riorganizzarsi a risorse finite.

Con un balzo in avanti al 2019, operando delle scelte tra gli innumerevoli scritti di Benci, come dichiarato in apertura, con un articolo pubblicato il 2 settembre – [Pronto Soccorso. Competenze e responsabilità dopo le nuove linee guida sul triage](#) focalizza l'attenzione su un'altra questione "scottante": l'esercizio professionale in Pronto Soccorso alla luce dei tre atti normativi – Linee di indirizzo nazionale – della Conferenza Stato Regioni riguardanti l'organizzazione dei dipartimenti di emergenza l'osservazione breve intensiva (OBI), il triage intraospedaliero e la gestione del sovraffollamento del pronto soccorso.

Lo fa in modo puntuale, "elegantemente pungente" ma quanto mai corretto e focalizzato sull'oggetto del tema e mai sul soggetto attore della discussione o del contraddittorio, come peraltro era nel suo stile: riconosce agli atti approvati il tentativo apprezzabile di riorganizzazione a razionalizzare le attività di pronto soccorso ma conclude la sua lunga analisi sottolineando come sul fronte delle nuove competenze e responsabilità, una maggiore chiarezza, una maggiore incisività e una minore contraddittorietà sarebbe stata preferibile e suggerendo, stante la riconosciuta normatività degli atti della Conferenza Stato Regioni, una redazione degli stessi atti più omogenea agli atti normativi storici con particolare riferimento alla suddivisione dell'atto in articoli debitamente rubricati.

Con un scritto a quattro mani con Daniele Rodriguez, il 14 gennaio 2020 torna ad affrontare il tema oltre modo dibattuto delle specializzazioni [Chi è il "professionista specialista"?](#) . Il dibattito sulle competenze specialistiche e avanzate – scrivono – vede luci e ombre in relazione al linguaggio utilizzato. Come è noto, la legge 43/2006 definisce professionisti specialisti coloro che sono "in possesso del master di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'università".

Per la prima volta – sottolineano – viene in essere, fra "il personale laureato appartenente alle professioni sanitarie" (legge 43/2006, art. 6, I comma) la nuova figura del "professionista specialista" che costituisce qualcosa di più e di diverso e rappresenta le competenze oggi raggiunte attraverso i 90 master previsti dall'osservatorio delle professioni sanitarie.

Entrano nel merito con un'analisi molto dettagliata a partire dal linguaggio utilizzato in passato che oggi è molto cambiato: "si sentiva spesso parlare di "diagnosi infermieristiche" (oggi confinate, perlopiù, nei processi formativi), di "diagnosi ostetriche", "bilancio logopedico" ecc." – scrivono.

Nei master proposti dall'Osservatorio delle professioni sanitarie sparisce il linguaggio tipico professionale in luogo di "competenze". Si ha come l'impressione di voler sfruttare in pieno la legge 42/1999, che lega l'esercizio professionale non solo ai profili, alla formazione ricevuta di base e ai codici di deontologici, ma anche alla formazione post-base.

Secondo Benci e Rodriguez non si tratta di valutare genericamente la formazione post base ex legge 42. Si tratta di conferire significato e concretezza alla figura del professionista specialista, che rappresenta un novum nel panorama delle professioni sanitarie, sfruttando la legge 43/2006 che va ad integrare la legge 42.

Il "professionista specialista" costituisce qualcosa di più e di diverso e rappresenta le competenze oggi raggiunte attraverso i 90 master previsti dall'osservatorio delle professioni sanitarie.

Il modo con cui si ridisegna la legge 42/99, integrata dalla legge 43/2006 e dai 90 master dell'Osservatorio, è notevole, suddividendo i professionisti sanitari in:

- a) professionisti "generalisti";
- b) professionisti coordinatori, in possesso di master trasversali;
- c) professionisti "specialisti", in possesso di master di primo livello per le funzioni specialistiche.

Concludono sottolineando che per la prima volta si valorizza il professionista specialista nella sua interezza, sulla declinazione del termine "competenza", variamente qualificato.

Responsabilità professionale

Un altro argomento su cui Luca Benci si è speso molto è la responsabilità professionale e, nel 2015 numerosi sono stati gli articoli centrati su questo anche alla luce della Legge Gelli, in quel periodo in itinere. Con i suoi scritti ha affrontato la responsabilità professionale da tutti i punti di vista: individuale, di equipe, in funzione del ruolo, delle mansioni e delle attività. Molteplici le sue argomentazioni, puntualmente supportate da dettagliate analisi di norme e sentenze con posizioni a volte in contrasto o solo parzialmente concordi con i professionisti e i firmatari e promotori dei provvedimenti normativi.

Con un articolo – [Cassazione. La responsabilità professionale dipende dalle mansioni e attività svolte. E non solo da ruolo e qualifica dell'operatore coinvolto](#) – il 2 maggio 2015 commentando due sentenze della Corte di Cassazione richiama la questione della “posizione di garanzia” che deriva dal comportamento omissivo previsto dal secondo comma dell'articolo 40 del codice penale: “Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo”.

Lo fa perché la Corte di Cassazione – con queste due sentenze – estende, a suo parere, la posizione di garanzia anche oltre i confini tradizionali sostenendo che la responsabilità professionale non dipende solo dal ruolo e dalla qualifica dell'operatore coinvolto in un accadimento ma anche dalle mansioni e dalle attività svolte.

Di fatto nella prima a un autista soccorritore – figura non riconosciuta a livello nazionale - veniva contestato di non avere prestato collaborazione a un'infermiera nella movimentazione di un paziente su una lettiga causandone la morte in relazione al “malaccorto imbragamento” e alla circostanza che la barella, in violazione, delle prescrizioni del costruttore, era stata movimentata da una sola persona - l'infermiera giustappunto - invece che almeno da due operatori.

Nella seconda viene affrontato il caso di un “medico frequentatore volontario” il quale di “servizio” in un ospedale, a fronte di una donna sottoposta “ad intervento chirurgico di isterectomia radicale”, “non aveva predisposto accertamenti diagnostici idonei a verificare se la paziente fosse affetta da trombosi venosa profonda, secondaria ad operazione chirurgica, benché fossero presenti sintomi e fattori di rischio indicativi di tale possibilità”.

A qualche settimana di distanza da questo primo articolo, il 25 maggio, con un altro scritto punta i riflettori sull'atto medico analizzandolo in relazione alla proposta di legge presentata il 25 marzo di quell'anno da D'Incecco e altri deputati recante “*Disposizioni in materia di definizione dell'atto medico e di responsabilità professionale medica*”.

In questo suo scritto – [Cosa cambia se passa la legge sull'atto medico](#) – passando dal Codice di deontologia medica al comma 566 della Legge di stabilità fa il punto della situazione della normativa allora vigente in merito all'attività medica ed entra poi nel merito della proposta di legge.

Lo fa come al solito in modo diretto, senza giri di parole, “smontandola” articolo per articolo con argomentazioni puntuali: ne definisce i contenuti giuridicamente sgrammaticati poiché individuano un'attività “esclusiva” ma ne permettono l'esecuzione sotto “supervisione” e su questo affonda la “lama” dell'analisi sull'agire dietro prescrizione, sotto la supervisione, sulla titolarità e la responsabilità delle decisioni relative alla salute del paziente.

Si potrebbe definire “senza appello” la sua disquisizione sulla questione, che paragrafo dopo paragrafo trascina il lettore fino alle conclusioni con le quali etichetta la proposta D'Incecco come un enorme pasticcio giuridico dagli effetti non direttamente calcolabili in termini di ricadute nell'ordinamento e nell'organizzazione.

Con l'articolo [Responsabilità singola o d'équipe? Un'altra sentenza controversa dal Tribunale di Lecce](#) – pubblicato il 25 ottobre dello stesso anno, commenta una sentenza che decreta la responsabilità di un singolo medico ritenuto responsabile del decesso di un paziente dopo un errato posizionamento della piastra del bisturi elettronico utilizzato in un intervento chirurgico.

Le sue considerazioni nel merito richiamano l'attenzione sulla posizione in controtendenza della sentenza rispetto agli orientamenti della Cassazione che, invece, identificano la responsabilità “corale” e “plurale”, come l'unica idonea a garantire la sicurezza.

Il 29 novembre e il 5 dicembre focalizza l'attenzione sul Disegno di legge sulla responsabilità professionale con due articoli [Responsabilità professionale. Ecco cosa potrebbe succedere se venisse approvato il ddl Gelli](#) e [Responsabilità professionale/2. Ecco cosa potrebbe succedere se venisse approvato il ddl Gelli](#) . Entra nel merito dei contenuti in modo certosino.

Nel primo articolo sottolinea come il Ddl prosegua con la strada aperta dal decreto Balduzzi sulla creazione di un “sottosistema” della responsabilità professionale sanitaria con il dichiarato scopo di alleggerire la pressione del contenzioso medico-paziente ma pone un interrogativo: questo risultato è anche rispettoso delle esigenze di giustizia dei cittadini? Entra nel merito delle condizioni di legittimità delle prestazioni sanitarie, della responsabilità penale e della sicurezza delle cure, sulla possibile incostituzionalità della esenzione dalla responsabilità penale del ddl Gelli. Nel secondo articolo continua la sua disamina del disegno di legge facendo un focus sulla responsabilità civile, sull'azione di rivalsa e sull'obbligo di assicurazione. Entra come sempre nel merito e in questa direzione scrive che il Ddl Gelli rischia di essere l'ennesima legge flop della sanità. Sembra essere idealmente suddiviso in due parti con una prima parte a “favore” del cittadino e una seconda parte a “favore” dell'esercente la professione sanitaria. Continua sostenendo che quest'ultima è assolutamente preponderante facendo venire meno una serie di tutele

esistenti a favore della “vittima” del reato e che, per contro, i rimedi a favore della tutela del paziente sono assolutamente risibili e inconsistenti.

Dal 2015 un salto di quattro anni che non vuole essere irrispettoso nei confronti della produzione di Benci ma che è solo finalizzato a fare un collage degli articoli selezionati sul tema della responsabilità professionale. Il 16 gennaio 2019 pubblica un articolo – [Se c'è l'errore, la responsabilità è dell'équipe o del singolo professionista? Le “apparenti” contraddizioni della Cassazione](#) – in cui discute su come negli anni la giurisprudenza della suprema corte di Cassazione possa essere apparsa contraddittoria soprattutto laddove alcune sentenze sembravano assodare che la responsabilità di un'équipe sanitaria (sia mono che multiprofessionale) non potesse che essere condivisa tra tutti i membri dello staff mentre altre pronunzie sembravano ribadire che la responsabilità è del singolo professionista.

Secondo Benci erano da considerare valide tutte e due le fattispecie mancando un riferimento giuridico specifico alla responsabilità d'équipe. I temi che sviluppa in questo suo scritto sono complessi e centrati sul versante della dottrina e della giurisprudenza che hanno provato a superare la mancanza, nel nostro ordinamento, di un articolato sulla responsabilità d'équipe.

Nel merito, evidenzia come il nostro codice penale incentri tutta la costruzione della responsabilità sul modello della responsabilità del singolo e di fatto, inizialmente, la responsabilità di un accadimento veniva attribuita complessivamente al più alto in grado con la conseguente relativa deresponsabilizzazione degli altri componenti l'équipe. A suo dire, con le costruzioni del principio dell'affidamento e della posizione di garanzia si è voluto avviare a questa mancanza, dando inizialmente maggiore importanza al primo principio e, successivamente, con la prevalenza della posizione di garanzia. La chiosa alle sue argomentazioni sul tema è che il punto d'incontro dei due principi – affidamento e posizione di garanzia – deve essere temperato caso per caso in sede di giudizio.

Consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento

Argomenti discussi, controversi, spinosi, che hanno toccato e continuano a farlo “corde difficili”, aperto dibattito su principi, posizioni a volte poco se non impossibili da mediare che ha visto e vede posizioni contrapposte quando non addirittura estreme.

Temi ancora oggi tutt'altro che risolto in termini di univocità di pensiero e conseguente posizione. Ma anche su questo Benci ha saputo, con la competenza, l'equilibrio e la capacità di guardare oltre la sua posizione personale, mettere i suoi lettori nelle condizioni di assumere dei pensieri e delle posizioni libere da condizionamenti e sostenute da un'opinione costruita su letture di scritti super parte e scevre quindi dagli intendimenti di chi scrive.

Il 15 dicembre 2017, pubblica un articolo – [Consenso informato. Cosa cambia con la nuova legge](#) – in cui entra nel merito dei cambiamenti successivi all'approvazione in via definitiva da parte del Senato del Ddl “*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*”. La definisce una buona notizia Benci perché per la prima volta con questa norma, il consenso informato e il testamento biologico diventano anche parte della legislazione ordinaria con un ritardo pluridecennale.

Ritiene questo un passo in avanti anche perché non vi è dubbio secondo lui, sul fatto che la pratica del consenso informato sia degenerata, talvolta, in una mera attività di medicina difensiva attraverso una eccessiva burocratizzazione del rapporto.

L'eccessiva burocratizzazione, sostiene, nega il diritto ma “i diritti hanno sempre convissuto con la loro violazione”. Non ritiene il testo rivoluzionario, lo configura come una fotografia, all'interno di una legge ordinaria della situazione esistente affermata per volontà giurisprudenziale – ricostruita sui principi costituzionali e internazionali – per volontà deontologica e per la consuetudine ormai consolidata nelle strutture sanitarie.

Entra nel merito del consenso informato richiamando i principi che lo connotano: l'autodeterminazione, l'inviolabilità della persona umana come “libertà della persona di disporre del proprio corpo” e il diritto alla salute e ribadisce, con la sua consueta precisione, che un trattamento sanitario è lecito solo con il consenso informato e quindi non possono esistere deroghe paternalistiche proprie di un passato di cui dovrebbero occuparsi solo gli storici.

Con un secondo articolo – [La legge sul testamento biologico. Cosa cambia con le Dat](#) – il 20 dicembre analizza la questione del testamento biologico e della norma che ne delinea i contenuti e confini. La descrive come una legge nata – come la legge sull'aborto – con evidenti spinte dal “basso” che parte dai casi “eroici” di Piergiorgio Welby e di Eluana Englaro, alle tante associazioni che hanno elaborato le varie modulistiche di direttive anticipate che oggi costituiscono l'ossatura preziosa da cui partire per determinare il contenuto delle Dat.

Prima di entrare nello specifico delle direttive anticipate di trattamento fa una attenta disamina su alcune questioni: l'idratazione e la nutrizione artificiale, l'accanimento terapeutico e la sedazione palliativa profonda. A questa analisi, definita da lui preliminare, segue quella mirata su contenuti, caratteristiche e modalità di redazione delle Dat.

Conclude il suo scritto facendo delle considerazioni più ampie sull'intero impianto normativo. La legge, afferma, è una buona legge sul consenso informato e sul testamento biologico. Vi sono anche lacune evidenti quali il regime sanzionatorio degli atti posti in essere senza consenso a cui non si può che rimandare alle elaborazioni dottrinarie e giurisprudenziali degli ultimi decenni.

Questa legge – continua Benci – attribuisce diritti di cittadinanza sul “governo della vita” e del morire che della vita ne è parte. Da un punto di vista istituzionale è impossibile non ricordare il contributo fondamentale della giurisprudenza e dei tanti Comuni che hanno istituito i registri di fine vita. Una partecipazione corale, diffusa, sentita sulla materia della salute e del fine vita che ha evitato di confinare il dibattito tra gli addetti ai lavori e a un ceto politico ristretto.

Non la ritiene però una legge complessiva sul “fine vita” visto che non è intervenuta sulle azioni volontarie dirette a porre fine alla vita nel momento in cui rimangono materia da codice penale questioni come il suicidio assistito e l'eutanasia.

E a sostegno di questa sua posizione ricorda il caso Dj Fabo che ha emozionato la pubblica opinione ma che non trova risposta in questa legge e le problematiche rimangono quindi totalmente aperte. In questi casi, sottolinea, i cittadini italiani non possono fare altro che rifugiarsi nella clandestinità professionale – la cosiddetta eutanasia clandestina – o a migrare – come “migranti di diritti” - in Svizzera.

Ma a chi spetta l'informazione al paziente? Ad ogni professionista sanitario, non solo al medico, sostiene Benci in un articolo – [L'informazione al paziente spetta ad ogni professionista sanitario, non solo al medico](#) – pubblicato il 20 dicembre 2019 insieme a Daniele Rodriguez. Con questo lavoro entra nel vivo di una discussione antica, quella relativa al ruolo delle professioni sanitarie diverse dal medico in merito all'informazione al paziente.

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

Lo afferma facendo, al solito, puntuale ricorso ai pertinenti riferimenti normativi che, come sostiene, non lasciano dubbi circa l'obbligo anche giuridico per qualsiasi professionista sanitario di informare la persona assistita. Un obbligo che discende dai contenuti di fonti nazionali e sovranazionali. E nell'analisi delle fonti prende in esame, tra quelle nazionali, la legge 22 dicembre 2017, n. 219 – *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*. Tra quelle sovranazionali fa riferimento alla Convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina che prevede due tipologie di informazione rispettivamente contemplate una nell'articolo 5, compreso nel capitolo II intitolato “Consenso” e l'altra nell'articolo 10, facente parte del capitolo III relativo a “Vita privata e diritto all'informazione”.

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

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

Conclude così la sua articolata analisi sulla questione: “Resta fermo che tutti i professionisti sanitari sono chiamati a funzioni a garanzia e a tutela non solo dei pazienti ma anche delle persone sane e che anche per i professionisti sanitari non è accettabile l'idea che le funzioni “restino tali” escludendo aprioristicamente che si modifichino, ovviamente nel rispetto dei riferimenti normativi e con la garanzia della pertinente adeguata formazione, peraltro prevista dalle stesse norme.”

PER CONCLUDERE

Gli articoli scelti e riproposti non sono sicuramente rappresentativi di tutta la produzione di Luca Benci come peraltro anticipato in premessa: sono solo una parte e il risultato di una scelta nella scelta in quanto non esauriscono il tema a cui fanno riferimento.

Vogliamo sperare che lui avrebbe apprezzato questo nostro tentativo di ricordare quanto fatto e scritto per noi e accanto a noi perdonandoci le imprecisioni e le mancanze nello sforzo di lasciarne traccia e memoria perché *scrivere è sempre nascondere qualcosa in modo che venga poi scoperto* (Italo Calvino).