

ACCANIMENTO TERAPEUTICO E MEDICINA DIFENSIVISTICA

Necessità o futilità? Riflessioni bioetiche



S A B A T O
17/09/2011

Aula Magna - Facoltà Teologica
Via XX Settembre, 83 - TORINO

*«Accanimento Terapeutico e
Medicina Difensivistica»*

Centro Cattolico di Bioetica dell'Arcidiocesi di Torino

In collaborazione con:

*Presidio Sanitario San Camillo
Centro di Pastorale della Salute Camilliano*

Con il patrocinio di:

*Facoltà di Medicina - Università degli Studi di Torino
Ufficio per la Pastorale della Salute - Arcidiocesi di To
Centro di Formazione Ospedale Cottolengo
Associazione Bioetica & Persona*

A.M.C.I.

A.C.O.S.

Edizioni Camilliane

Responsabile dell'evento:

Enrico Larghero

Segreteria Scientifica:

Enrico Larghero

Segreteria Organizzativa:

Maria Grazia Sinibaldi

Trascrizione testi, revisione, redazione a cura di Andrea Biscaro

PROGRAMMA

Saluto delle Autorità

- 4,** *Prof. Enrico Larghero*
Direttore Master in Bioetica - Torino
- 5,** *Prof. Mario Rossino*
Direttore Centro Cattolico di Bioetica - Torino
- 5,** *Prof. Giorgio Palestro*
Facoltà di Medicina – Torino (messaggio letto dal Prof. Enrico Larghero)
- 7,** *Dott. Fabrizio Fracchia*
Presidente torinese e regionale dei Medici Cattolici
- 9,** **Lo stato dell'arte**
Prof. Paolo Girolami
Medico Legale – Torino
- 20,** **L'area critica tra difensivismo ed etica della desistenza**
Prof. Pier Paolo Donadio
Primario Anestesia e Rianimazione Ospedale Molinette – Torino
- 26,** **Riflessioni bioetiche**
Prof. Giuseppe Zeppegno
Teologo morale e Bioeticista – Torino
- 36,** **Dibattito**
- 42,** **Conclusioni**
Dott. Fabrizio Fracchia
- 44,** **Bibliografia essenziale**

Moderatore

Prof. Enrico Larghero
Direttore Master in Bioetica – Facoltà Teologica dell'Italia Settentrionale – Torino

SALUTO DELLE AUTORITÀ

Prof. Enrico Larghero:



Buongiorno a tutti. Il Convegno si presenta interessante, sia per l'argomento che per i relatori, con i quali abbiamo deciso di affrontare un argomento parimenti vecchio e nuovo per l'odierna medicina. Alcuni mesi fa, in compagnia del dottor Pier Paolo Donadio, riflettevamo su una sentenza della Corte di Cassazione che aveva condannato per omicidio colposo dei medici chirurghi i quali avevano operato una paziente oncologica ritenuta inoperabile, deceduta in seguito all'intervento. Questo fatto di cronaca giudiziaria ha sollevato in noi delle domande alle quali il Convegno di oggi non ha certo la pretesa di rispondere, bensì di proporre una riflessione collettiva su un tema di grande attualità. Il problema dell'*accanimento terapeutico* legato alla *medicina difensivistica* è ormai consolidato, nel senso che noi medici abbiamo ritenuto, a torto o a ragione, che la strada da percorrere per cautelarci dalle eventuali denunce fosse quella di adottare una medicina difensivistica, non solo terapeutica, ma anche diagnostica. Questo è il primo aspetto che emergerà dalle relazioni. Un secondo aspetto, altrettanto importante, è quello del *consenso informato*: la paziente deceduta aveva comunque espresso un consenso informato. Ed ecco che crolla un altro 'mito' della medicina contemporanea, cioè l'idea che la svolta giuridica – la quale, inevitabilmente, passa attraverso il consenso informato e, per associazione di idee, si estende alle *direttive anticipate di trattamento* – rappresenti la risposta e/o la soluzione dei problemi che quotidianamente viviamo nelle nostre realtà sanitarie con i nostri malati. Questi i due capisaldi sui quali riflettere. Quanto il consenso, che sappiamo essere informato fino a un dato punto, è una tautologia? Quanto il consenso rappresenta il punto di incontro tra l'operatore sanitario e il paziente? Quanto, oggi, una medicina difensivistica ci cautele? L'altro aspetto inquietante, che sarà oggetto di riflessioni, è il seguente: noi tutti sappiamo che la medicina non garantisce il risultato, anche quando fatta da mani esperte, secondo protocolli avvalorati nel tempo. Sappiamo che uno shock anafilattico può verificarsi per qualunque farmaco, che il risultato di un intervento chirurgico dipende da una serie infinita di fattori. Pertanto, la pretesa della garanzia del risultato, ormai entrata nell'immaginario collettivo della popolazione occidentale, è altrettanto oggetto di riflessione e di discussione. Queste, in sintesi, le premesse e la genesi del Convegno. Cedo quindi la parola al prof. don Mario Rossino, Direttore del [Centro Cattolico di Bioetica](#).

Prof. Mario Rossino:



Un saluto cordiale a tutti e in particolare a quanti si trovano nella sala collegata audio/video con questa aula magna ed in particolare agli allievi infermieri che si trovano nell'aula del primo piano. Desidero innanzitutto esprimere il mio compiacimento ai partecipanti, ai relatori e agli organizzatori di questo Convegno, perché è di per se stesso un segno di vivacità culturale: per essere qui a quest'ora di sabato dovete aver seriamente voglia di conoscere, di riflettere, di confrontarvi, di misurarvi con i problemi, anche se nessuno ha la pretesa di dire su di

essi la parola definitiva. Il tema che viene affrontato non è stato recuperato dai polverosi archivi storici della medicina, ma è di grande attualità. È tema non di storia, ma di cronaca medica.

«Accanimento terapeutico e medicina difensivistica. Necessità o futilità? Riflessioni bioetiche»

Riflettendo a caldo su questo tema, direi che né l'accanimento terapeutico, né la medicina difensivistica sono futilità, perché hanno incidenze molto serie su tutti coloro che vi sono coinvolti. Non dovrebbero mai essere necessità, anche se sono innegabilmente realtà, o almeno tentazioni di questi nostri tempi. E perché realtà o, almeno, tentazioni? Azzardo un'ipotesi di lavoro: non è che un'esasperata interpretazione dell'autonomia del paziente da un lato e dall'altro il moltiplicarsi un po' patologico dell'errore in medicina abbiano fatto saltare l'alleanza medico-paziente? Alleanza che, a mio giudizio, ha uno spessore di relazione umana ben superiore al semplice consenso informato ed è in grado di bonificare l'ambiente culturale in cui prendono piede sia l'accanimento terapeutico, sia la medicina difensivistica. In ogni caso, solo una buona diagnosi, cioè una risposta convincente al perché della situazione che la medicina sta vivendo, potrà avviare una terapia che argini efficacemente sia l'accanimento terapeutico, sia la medicina difensivistica e ridia piena salute all'indispensabile alleanza tra medico e paziente.

Auguro a me e a voi che questa mattinata di studio dia un valido contributo all'esatta diagnosi del fenomeno e all'individuazione delle terapie più efficaci. Buon lavoro.

Prof. Enrico Larghero:

Ringraziamo il prof. Rossino per il suo sguardo d'insieme. Tra i vari patrocini sottolineo quello della Facoltà di Medicina, rappresentata dal prof. Giorgio Palestro il quale ci ha fatto pervenire i suoi saluti nonché alcune riflessioni:

«Un cordiale saluto a tutti, scusandomi per non essere presente. Ringrazio, come al solito, per l'invito offertomi dalla Facoltà Teologica a partecipare a questo Convegno su un tema attuale e stimolante. Di solito quando si evoca l'«*accanimento terapeutico*» sorge di rimbalzo il concetto dell'eutanasia. È un binomio tradizionale sul quale si sono, da sempre, concentrati dibattiti, tavole rotonde, contenziosi di principio. Il tema di oggi prevede invece un altro binomio, più recente, e che, a differenza di quello precedente, non si pone in concetti antitetici, ma in termini sostanzialmente interdipendenti: accanimento terapeutico e medicina difensiva sono di fatto strettamente collegati in un rapporto di causa ed effetto. Infatti, gli ordinamenti giuridici prevedono

l'obbligo di garantire al paziente l'attuazione di procedure mediche a cui sono ancorati processi diagnostici e misure terapeutiche che si ritengono indispensabili. Tali ordinamenti, tuttavia, non prevedono anche il comportamento della 'non-opportunità', quando cioè vengono a mancare i requisiti di utilità applicativa alle reali condizioni del paziente. È un principio, e altresì un giudizio, soltanto medico quello di adeguare il trattamento in termini di utilità terapeutica e non di forzata sopravvivenza, realizzata soltanto per prolungare l'agonia. E questa condizione giuridica tende a spingere il medico ad attuare misure non più nell'esclusivo intento di migliorare le condizioni del malato, ma soprattutto per tutelare le proprie responsabilità medico-legali. Ecco dunque come nasce quella che, con una espressione significativa, ma un po' intimidatoria, viene definita medicina difensiva. Questa preoccupazione è stata vissuta dapprima negli Stati Uniti, dove, con un'incidenza variabile dal 79 al 93%, coinvolge in particolare la medicina di emergenza, i reparti di ostetricia e altri interventi di alto rischio. E da quel continente, insieme con le molte positive conquiste scientifiche e tecnologiche esportate nel resto del mondo, anche la paura dei rischi legali si è estesa alle nostre latitudini. La strategia della medicina difensiva si esplica con due modalità di azione: una *positiva* e una *negativa*. La prima ha finalità cautelative e preventive e si esplica ricorrendo a indagini, analisi, visite o trattamenti non strettamente necessari, redigendo idonea documentazione che attesti l'operato del medico nel rispetto degli standard di cura previsti sia per ridurre i rischi che si verifichino eventi negativi sia per cautelarsi da future azioni legali da parte dei pazienti o dei loro famigliari. La medicina difensiva negativa consiste invece nell'astensione da interventi di cura e si attua evitando determinati pazienti o interventi particolarmente rischiosi. Un recente studio, promosso dalla Società Italiana di Chirurgia, coordinato dai professori Gabrio Forti della Facoltà di Giurisprudenza dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano e Maurizio Catino dell'Università Bicocca di Milano, rivela che l'82,8% dei chirurghi, nell'ultimo mese di lavoro, aveva scritto in cartella clinica note evitabili, riportate soltanto per paura; il 69,8% aveva proposto il ricovero di un paziente in realtà non necessario: il 61,3% affermava di avere prescritto un numero di esami diagnostici non necessari: il 58,6% di avere richiesto inutili o ridondanti visite presso altri specialisti; il 51,5% di aver prescritto farmaci ovviamente non nocivi, ma non necessari; il 26,2% di avere evitato 'casi difficili' per il timore di insuccesso e delle possibili conseguenze legali.

Nel nostro Paese, nel decennio compreso tra il 1995 e il 2005 si è registrato un aumento del 65% dei contenziosi legali (da 17.000 a 28.500). Ci si trova dunque di fronte a una realtà che determina effetti negativi non soltanto in quanto turba la tranquillità dell'esercizio professionale, ma impone costi aggiuntivi alla spesa sanitaria, che già rappresenta una delle voci più importanti del deficit della spesa pubblica.

«Il problema del rischio clinico – ha detto il Ministro della Salute Ferruccio Fazio – è grave sia in termini di salute pubblica che in termini economici, visto che la medicina difensiva si mangia ogni anno 15 miliardi di € in esami inutili e dannosi per il paziente. Inoltre i rimborsi per chi è stato danneggiato sono lentissimi, arrivano in media dopo sette anni e solo al 10-20% delle persone» poiché il restante 80% delle denunce si rivelano infondate e pertanto non viene accordato alcun risarcimento». Questa situazione rende dunque urgente rivedere a fondo la questione della «*gestione del rischio clinico* – continua il Ministro Fazio – *altrimenti si continuerà a non dare risposte concrete né ai pazienti né ai medici*».

In sostanza, va evitato che la medicina difensiva giochi un ruolo determinante nel subordinare l'obiettivo prioritario della salute del paziente al rischio della rivalsa legale.

Vi ringrazio e buon lavoro.

Giorgio Palestro»

Nella prefazione del volume «*La medicina difensiva – questioni giuridiche, assicurative, medico legali*»¹ si legge: «*Oggi la natura essenzialmente difensiva di talune pratiche mediche ha finito per divenire sempre più difficilmente percepibile non solo dai pazienti, ma anche dagli stessi medici, al punto di poter parlare di una scelta difensiva talora “inconscia” posta in essere da questi ultimi*».

Chiamo il dottor Fabrizio Fracchia che ci introdurrà al Convegno.

Dottor Fabrizio Fracchia:



Ringrazio il prof. Larghero per l'invito. Porto a voi il mio saluto e quello dell'[Associazione Medici Cattolici](#) che ha partecipato con piacere alla realizzazione di questo Convegno. L'AMCI è sensibile al problema della medicina difensivistica. Infatti, proprio quest'anno, in giugno, la sezione di Ancona ha organizzato un Convegno, simile a questo di oggi, dal titolo: «*Quando la medicina gioca in difesa si perde sempre*». Vorrei iniziare questa mia breve presentazione partendo da un recente comunicato stampa redatto dall'Ordine dei Medici di Roma in data 29/08/11: «*Cittadini, non ascoltate le sirene di avvocati*

in cerca di facili guadagni. Cause contro i medici per ottenere risarcimenti: l'Ordine di Roma reagisce agli spot degli Studi Legali». Vi sono degli studi legali che a Roma assicurano il patrocinio gratuito per mettere in atto delle cause nei confronti dei medici che potrebbero essere incorsi in errori. Il comunicato dell'Ordine dei Medici di Roma afferma che è sempre più pressante una «*martellante campagna pubblicitaria che in questi giorni, attraverso Tv e quotidiani, incita ad attivare procedure di risarcimento per danni conseguenti a presunti casi di malasana, rivolgendosi a studi legali, anche con la lusinga della gratuità. [...] Campagne pubblicitarie, come quella in atto, hanno come effetto di favorire ad arte la litigiosità e il ricorso alla medicina difensiva, con costi enormi per l'intera collettività e aggravio delle liste di attesa. È allarmante dover constatare che c'è una crescente crisi di valori. Una caduta di valori dominata principalmente da speculazione e ingordigia che trascina con sé anche dei professionisti regolarmente iscritti ad albi, [il riferimento è agli avvocati, n.d.r.] i quali dimenticano di seguire sempre e comunque il percorso tracciato dal loro codice deontologico*». Cosa ha portato la medicina ad arrivare a questo punto?

- la velocità dell'innovazione della tecnologia ed il suo grande impatto nella pratica medica;
- il reiterato proporsi del mito dell'eterna giovinezza e l'incapacità di stare di fronte al decadimento fisico e alla fine della vita;
- la deriva scienziata che ha investito la ricerca e la conoscenza medica.

¹ Paolo Mariotti, Antonio Serpetti, Andrea Ferrario, Riccardo Zoja, Umberto Genovese, *La Medicina Difensiva – questioni giuridiche, assicurative, medico legali*, Maggioli Editore, RN, 2011.

A causa di questi aspetti il medico vive una condizione di solitudine, stretto tra:

- il diritto dei cittadini ad avere i migliori risultati di salute;
- il codice disciplinare da pubblico dipendente che impone dei vincoli;
- il codice deontologico che stabilisce le linee di comportamento;
- l'esigenza dell'azienda a raggiungere l'equilibrio di bilancio;
- la magistratura sempre pronta a mettere in discussione il suo operato.

In questo contesto l'atto medico è diventato estremamente fragile e il medico è privo di punti di riferimento. Quali sono le ragioni di una possibile, *reciproca crisi di fiducia tra cittadino e operatore sanitario*? È possibile che si tratti di una doppia sfiducia: da una parte il cittadino percepisce come conflittuale il rapporto con la Sanità, dall'altra il medico può cadere, e cade, nella tentazione di tutelarsi di fronte al pericolo di rimostranze e di azioni legali.

Una ricerca del 2011 realizzata dal prof. Francesco D'Alessandro, giurista dell'Università Cattolica di Milano, mostra che l'80% dei mille professionisti interpellati in Lombardia ammette di aver fatto ricorso a strategie di medicina difensivistica almeno una volta nell'ultimo mese. Scrive D'Alessandro: *«sette medici su dieci hanno raccontato di aver disposto il ricovero di persone che potevano gestire tranquillamente in ambulatorio; un 60% ha prescritto esami diagnostici non necessari per fare una diagnosi. Si vuole evitare procedure rischiose perché l'obiettivo è tutelarsi dalla cause»*. Da una parte i pazienti hanno una pretesa sul proprio stato di salute, che non ammette l'idea dell'insuccesso. Dall'altra, c'è un mondo medico che cade nella burocrazia, dove gli ospedali sono aziende e ognuno fa la propria parte cercando di rischiare il meno possibile: si presta quindi attenzione ad una parola in più, ad un atto medico in più, al ricorso allo specialista o al ricovero per ogni minima incertezza – è sempre la ricerca della Cattolica a parlare – prestando un occhio di riguardo al budget e ai DRG. Purtroppo l'azienda non è in grado di invertire l'attuale rotta, stretta com'è nella logica dell'equilibrio dei bilanci. Aggiungo che non è soltanto un problema di chi risarcisce. Il problema è far comprendere alle istituzioni che la Sanità ha bisogno di risorse, perché in una Sanità in cui si tagliano gli organici – tema attuale in questi tempi di crisi – e i mezzi a disposizione, diminuisce anche il tempo da dedicare ai pazienti, a fronte della crescente domanda di assistenza. Questo non può che diminuire il livello di sicurezza. C'è quindi il pericolo che l'alleanza terapeutica tra medico e paziente si trasformi in un rapporto di diffidenza, spingendo i medici a mettere in campo la medicina difensiva, che è pericolosa per tutti: per la *professionalità medica*, per la salute *dei pazienti* e anche per la *sostenibilità del sistema*. Non dobbiamo correre il rischio di vedere i medici chiudersi sempre più nella propria nicchia professionale per il timore di esporsi a condanne giudiziarie. La Sanità, invece, ha bisogno di professionisti attivi, messi nelle condizioni di *decidere in scienza e coscienza*. Ritengo che questo sia l'auspicio con cui oggi ci accingiamo ad ascoltare le varie relazioni.

Vi ringrazio per la vostra attenzione.

Prof. Enrico Larghero:

Ringraziamo il dottor Fracchia. La prima relazione della giornata è affidata al prof. Paolo Girolami, docente al Master Universitario in Bioetica, medico legale, attualmente lavora in collaborazione con l'Università di Parigi.

LO STATO DELL'ARTE

*Prof. Paolo Girolami*²



Ringrazio il prof. Larghero e il Comitato organizzatore che mi ha invitato a questo importante Convegno. L'argomento è estremamente interessante e altrettanto spinoso. Vorrei iniziare, in ragione della mia presenza per attività di ricerca all'Università di Paris-Descartes, con due notizie comparse sulla stampa francese il 13 settembre 2011.

- Il primo titolo: “*tre medici rilasciati dopo la morte di un bambino di 12 anni*”. La vicenda è abbastanza chiara, almeno nella sua cronistoria: questo bambino, abitante in Savoia, si è prodotto una

piccola ferita ad un piede a causa di un vetro. La madre lo ha disinfettato e in serata è sopravvenuta un'infezione. Si reca immediatamente dal medico di famiglia il quale disinfetta la ferita applicando tre punti di sutura e prescrivendo al bambino del *Contramal*®. Al mattino, quando la madre va a svegliarlo, lo trova incosciente ed in uno stato di ipotermia: 33 di temperatura. Alle 9 chiama nuovamente il medico che si presenta alle 11:30. Aveva con sé una bombola dell'ossigeno, ma all'atto di ossigenare il bambino la bombola si rivela vuota. In Francia il sistema delle ambulanze è gestito dai vigili del fuoco. Il padre si è dunque recato in una caserma dei pompieri per recuperare una bombola dell'ossigeno. Trovata si è cercato di ossigenarlo, senza effetti positivi. Viene quindi chiamata l'ambulanza, la quale non era supportata da un medico a bordo, ma soltanto da un infermiere. Il medico di famiglia ha seguito l'ambulanza col proprio mezzo in quanto non aveva un buon rapporto coi pompieri che conducevano il mezzo. Durante il viaggio il bambino è colto da convulsioni. Il medico interviene somministrandogli del *Valium*®. Giunto in ospedale non viene immediatamente intubato e durante la successiva anestesia il bambino muore per arresto cardiaco. La madre, titola il quotidiano, esprime il suo dolore: “*è come se me lo avessero ucciso due volte*”. I giudici francesi non hanno ravvisato nel comportamento dei medici ospedalieri una colpa e li hanno immediatamente prosciolti da ogni addebito, mentre il medico che era inizialmente intervenuto è stato ritenuto colpevole in quanto vi erano alcuni aspetti censurabili nel suo comportamento: il ritardo, la bombola vuota, il dubbio che il *Contramal*® non sia stato somministrato nella corretta dose per l'età del bambino, tenendo conto che le dosi in questo caso vanno ridotte. Tuttavia, questi elementi di colpa non sono stati ritenuti sufficienti per dimostrare che essi fossero la causa del decesso, secondo una eccezionale ricostruzione del nesso causale tra l'azione e l'evento-morte.

Di fronte a questa vicenda sembra lecito porsi alcune domande. È stata forse somministrata una dose eccessiva? L'articolo non lo specifica. Si potrebbe inoltre supporre anche l'insorgenza del tetano: era coperto da vaccinazione? Qual era l'effettivo stato della ferita? Era infetta? Come è stata trattata?

² *Bibliografia essenziale*: Paolo Girolami, *Medicina, etica e diritto*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2009; Paolo Girolami, *La salute e le regole*, Edi-Ermes, Milano, 2010; Paul Ricoeur, *Sé come un altro*, Jaca Book, Milano, 2005.

Il primo dato che emerge è tuttavia che *il miglior strumento di protezione nei confronti di ogni addebito di colpa è rappresentato dalla possibilità di dimostrare una competenza professionale ineccepibile. Non cerchiamo di sottrarci alle nostre responsabilità: i medici devono saper fare i medici e chi agisce come medico che esegue trattamenti di emergenza deve saper agire adeguatamente.* Ancor più quando ci si trova nelle valli alpine, con gli ospedali non a ‘portata di mano’, dove i medici svolgono le funzioni che in una città verrebbero svolte in un Pronto Soccorso. In definitiva, il giudice non ha ravvisato un nesso di causalità. È vero che vi sono stati aspetti censurabili nel comportamento del medico che è intervenuto, ma è anche vero che nessuno di questi aspetti censurabili può essere dichiarato l’antecedente più o meno diretto dell’evento infausto, cioè la morte del bambino.

- L’altra vicenda è anch’essa tratta da «*Le Parisien*», attento ai casi di responsabilità sanitaria in quanto interessano ai lettori. Il fatto è avvenuto in zona montana alle pendici dei Pirenei. Il dottor Bonnemaison è un attivista dell’eutanasia. Averlo messo come medico dei Dipartimenti di Emergenza fa di lui un soggetto, a mio avviso, estremamente pericoloso, perché in questo tipo di reparto “*l’accanimento*” è a portata di mano. Attualmente è sotto inchiesta per 7 decessi avvenuti in tempi più rapidi del previsto, sebbene si tratti di soggetti molto probabilmente in fase terminale. I colleghi hanno segnalato il fatto sospetto alle Autorità competenti. Il dottore ha ammesso di aver trattato con una iniezione letale i pazienti, ma l’avrebbe fatto unicamente per abbreviare una sofferenza che era iscritta nel loro percorso clinico. In sostanza, secondo lui non c’era la volontà di dargli la morte, bensì di eliminare una sofferenza. Il Consiglio dell’Ordine dei Medici del distretto dei Pirenei lo ha ritenuto innocente. A fronte di questa decisione assolutoria è intervenuto il Consiglio Nazionale dell’Ordine di Parigi, il quale ha assegnato a un diverso Consiglio, quello dell’Aquitania, il giudizio sull’operato del medico. La magistratura ha aperto un’inchiesta. Per il momento, per lui non si sono aperte le porte del carcere per una custodia cautelare, ma gli è stata imposto soltanto l’obbligo di firma. Nessuna delle famiglie ha presentato una denuncia nei suoi confronti. Soltanto i colleghi si sono fatti carico di uno scrupolo di carattere etico-deontologico nonché giuridico. Tuttavia, il Procuratore della Repubblica chiede che venga rinviato a giudizio per omicidio volontario plurimo aggravato. Nel frattempo, il medico imputato ha ricevuto 47.000 firme di sostegno al suo operato da parte di cittadini che si sentono come lui implicati in una battaglia civile: quella di ridurre la sofferenza. In Francia la legge sulla fine della vita, denominata “*legge Leonetti*” dal nome del suo autore, stabilisce il divieto dell’eutanasia e dell’accanimento terapeutico. Allo scopo di evitare trattamenti caratterizzati da un’ostinazione “*non ragionevole*”, che abbiano il solo scopo di mantenere artificialmente in vita un paziente, sono stabilite tutta una serie di procedure che vedono nel rispetto della volontà dell’interessato il loro principio unificante. Questa volontà può essere espressa verbalmente, ma nel caso in cui il paziente non sia cosciente intervengono altri strumenti: le direttive anticipate, l’intervento della persona di fiducia già designata dal paziente, e, nel caso in cui manchino sia le direttive anticipate sia la persona di fiducia, la consultazione dei familiari o di soggetti legati al paziente per motivi di affetto. In ultimo, la parola finale è lasciata al medico, il quale è chiamato a vagliare la volontà del paziente, di cui ha preso cognizione attraverso le citate testimonianze, alla luce del codice deontologico. Il medico tuttavia non deve agire da solo, ma di concerto con l’equipe sanitaria. In questo caso egli ha agito da solo ed in più non ha proceduto alla sospensione di cure ritenute futili bensì a una vera

e propria eutanasia. Riguardo al fatto di aver agito da solo, egli si è giustificato affermando – e qui si evidenzia un aspetto interessante ed al contempo ironico del consenso – di aver preso contatto con i parenti, i quali gli avrebbero dato il consenso non esplicitamente, ma attraverso un scambio di sguardi ed una stretta di mano “*di per sé*” estremamente significativa.

- Grazie a questi due fatti di cronaca abbiamo potuto conoscere due aspetti inediti dell'accanimento nel trattamento sanitario, aspetti che in qualche modo si discostano dalla classica concezione dell'accanimento come volontà di mantenere in vita il paziente “*a tutti i costi*”. Nel primo caso infatti siamo in presenza di trattamenti che, nel loro sregolato succedersi, hanno segnato in qualche modo l'esito infausto della vicenda. Nel secondo caso l'accanimento (la somministrazione di un farmaco ad effetto letale per eliminare la sofferenza del malato a prescindere delle procedure di legge) si è prodotto, (per assurdo), in virtù della dichiarata volontà di prevenire ogni possibile accanimento, cioè di mantenere in vita a tutti i costi i pazienti e così di prolungare le loro inutili sofferenze.

Con questi due semplici esempi abbiamo potuto dimostrare le multiformi possibilità di espressione dell'accanimento in campo sanitario, di cui converrà tener conto nel momento in cui si dovrà definire l'accanimento terapeutico nelle fasi terminali della vita del paziente.

Inoltre, nel primo caso non mancano sospetti elementi di medicina difensiva: la somministrazione di un farmaco antidolorifico (che probabilmente è all'origine del decesso) era opportuna ed indicata o dipende forse dalla volontà di tacitare eventuali rimostranze della madre nel caso in cui il ragazzo avesse continuato a lamentare dolore?

- Spostiamoci in Italia e analizziamo nei loro tratti essenziali due sentenze della Suprema Corte di Cassazione utilizzando il testo delle due pronunce.

La prima sentenza (Corte di Cassazione, sez. IV penale, n.8254/2011) ha avuto una notevole eco mediatica: essa fa riferimento ad un soggetto dimesso dall'ospedale dopo 9 giorni di ricovero a causa di un infarto. La dimissione è avvenuta nei tempi previsti dalla DRG. Il giorno stesso della dimissione il soggetto è deceduto per scompenso cardiaco acuto da aritmia. Il medico si è giustificato dicendo che ha rispettato quelli che sono i protocolli, il Procuratore della Repubblica l'ha ritenuta una giustificazione sufficiente e, conseguentemente, non ha ravvisato motivazioni valide per procedere contro il medico. Tuttavia, il GIP non ha ritenuto valida questa motivazione, chiedendo il rinvio a giudizio. È stato nominato un perito di fama, uno dei migliori cardiopatologi esistenti al mondo, il prof. Thiene, il quale non ha evidenziato anomalie della funzione cardiaca al momento della dimissione ad eccezione di un blocco di branca sinistro all'ECG; in quel momento infatti il soggetto risultava compensato e nulla faceva presagire una recidiva infartuale o un'insufficienza cardiocircolatoria acuta da fibrillazione ventricolare a breve, poi riconosciuta come causa del decesso. Inoltre il medico si era attenuto alle procedure previste dalle linee guida quanto ai tempi della dimissione.

In disaccordo con il Perito, il GIP ha optato per la tesi che se il paziente fosse rimasto in ospedale, grazie alla presenza in loco di un defibrillatore e di personale altamente specializzato, si sarebbe potuto impedire l'insorgenza dell'evento causa del decesso. Il medico è stato condannato: se questi avesse agito con maggior prudenza non avrebbe dimesso il paziente, il quale, se prontamente e adeguatamente curato in caso di scompenso, non sarebbe andato incontro all'evento infausto e quindi al decesso.

In questo caso siamo di fronte a un aspetto particolare dell'iter processuale: il giudice dà torto al proprio perito. Si avvale della consulenza di una delle parti e non condivide la tesi del Perito, il quale, come si è detto, non aveva riscontrato nel comportamento del medico alcun motivo di rimprovero.

Il caso è giunto all'attenzione della Corte d'Appello e il medico è stato assolto: si è sottolineato nella sentenza che il prof. Thiene non aveva riscontrato elementi di colpa nell'operato del medico che si era attenuto alle **linee guida** che prescrivono che dopo 9 giorni il paziente è dimissibile; peraltro, nulla obbliga a pensare che la permanenza in ospedale avrebbe modificato le chance di sopravvivenza.

La Cassazione si trova quindi ad esaminare la vicenda giudiziaria. Stabilisce innanzitutto che il ricorso del Procuratore Generale della Repubblica di Milano e dei familiari della vittima sono fondati, e conferma un principio antico di giurisprudenza della responsabilità professionale medica, principio che costituisce la chiave di lettura del ragionamento seguito dai giudici della Suprema Corte: **il medico deve lavorare in scienza e coscienza**, ovvero **al medico si chiede di lavorare con competenza**.

Le linee guida costituiscono sì un indice di aspetti virtuosi della professione, (e possiamo aggiungere con Paul Ricœur un indice di criteri operativi stabiliti sulla base di livelli di eccellenza clinica che i virtuosi della materia riescono ad esprimere e che costituiscono norme di riferimento per gli altri professionisti), ma sono prive però di un potere vincolante sull'operato del professionista. In altri termini, esse indicano i percorsi corretti da seguire, ma sono indicazioni generali basate su dei dati statistici che devono essere naturalmente applicati al singolo caso clinico, e non possono costituire l'unico ed esclusivo parametro di scelta. Pertanto la stretta conformità dell'operato alle linee guida non può essere presuntivamente addotto come un valido motivo di esonero da colpa. La giustificazione sufficiente dovrà invece ravvisarsi nell'aver agito con la *diligenza, prudenza e perizia* doverose ed esigibili nel caso concreto. Che il medico abbia seguito le linee guida è un dato a suo favore, ma non è l'elemento discriminante. **Seguire solo le linee guida non rappresenta un salvacondotto per l'operatore sanitario**.

In pratica, la Cassazione ha annullato la sentenza assolutoria della Corte d'Appello di Milano e ha rinviato l'esame del caso a una nuova Corte, insegnando ai nuovi giudici della Corte d'Appello come comportarsi nel giudizio. Essi dovranno infatti valutare se il medico abbia agito in scienza e coscienza nonché abbia lavorato con la prudenza che gli era richiesta in base al suo grado di specializzazione (che era quello di un cardiologo accorto ed avveduto), facendo astrazione dal carattere vincolante o meno delle linee guida.

Questo comporta importanti ricadute nell'ambito della riflessione sulla medicina difensiva e anche sull'accanimento terapeutico. Non si potrà più invocare a propria discolpa la mera osservanza delle linee guida, le quali, come si è detto, vengono tracciate da parte di virtuosi della materia e che indicano dei percorsi conseguentemente virtuosi, ma non rappresentano i soli ed unici percorsi che devono e possono essere intrapresi.

L'altro elemento, che con una certa eleganza la Corte di Cassazione nell'ambito delle proprie considerazioni sul carattere non vincolante delle linee guida, consiste nella tesi che, qualora queste linee guida fossero invocate come strumento di riduzione della spesa, il fatto sarebbe ancor più grave.

I DRG (acronimo dall'inglese *Diagnosis Related Groups*) definiscono come appropriato un certo trattamento clinico sulla base di dati statistici, e stabilendo modi e tempi della cura possono

essere utilizzati anche come strumento di razionalizzazione della spesa della cura stessa e hanno un'influenza molto importante nella gestione del paziente all'interno delle strutture sanitarie.

Come ho avuto modo di sostenere nel mio libro *Medicina, etica e diritto*:³ «è evidente che l'inclusione del paziente in una specifica categoria nosologica, avente un determinato peso economico, preventivamente stabilito, permette una standardizzazione del regime trattamentale con costi fissi calibrati. In questo caso inclusione significa omologazione e l'omologazione è un processo al quale il malato, nella sua soggettività, difficilmente si converte».

Quando l'inclusione del paziente in uno dei gruppi diagnostici rileva, non soltanto dal punto di vista dei trattamenti da erogare ma anche dal punto di una valutazione dei costi standard della cura, la DRG diviene uno strumento economico.

È un difetto degli economisti ritenere che ogni realtà sociale sia riconducibile ad una spiegazione e ad un regolamentazione di tipo economico. La realtà sociale è sempre più complessa di uno scambio di mercato e la medicina non può essere certo equiparata ad un mercanteggio. Sta ai medici e ai professionisti della salute rifiutare strumenti operativi, come quelli economici, che non sono omogenei, quindi sono estranei alla filosofia della medicina, che è essenzialmente la filosofia del dare senza contraccambio. Anche a questo riguardo la Suprema Corte nella sentenza in oggetto riafferma un principio giurisprudenziale importante: ***il diritto alla salute della persona prescinde da qualsiasi considerazione di carattere economico***. A prima vista potremmo tradurre questo principio nell'affermazione (corretta) che preminente è la salute del paziente e non l'interesse economico di questa o quella azienda sanitaria, la quale è chiamata a devolvere le migliori cure a ciascun paziente senza tener conto del maggiore o minor vincolo di spesa riferita a quella singola cura.

Il ragionamento dei Giudici della Cassazione è però più raffinato. In riferimento alla responsabilità professionale, stabilire il primato del diritto alla salute su intenti di risparmio non significa che la spesa non dovrà più essere soggetta a controlli o limiti (anche tenuto conto della situazione di deficit finanziario in cui versa la sanità), significa invece che, nella valutazione dell'operato del professionista della salute, l'utilizzo di criteri economici come strumento guida della pratica professionale non potrà mai essere addotto a giustificazione di una condotta professionale censurabile sotto il profilo della perizia, della diligenza e della prudenza.

È quindi possibile, secondo la Cassazione, combinare una buona cura con una oculata gestione delle risorse.

La sentenza assolutoria è stata cassata, vi è stato il rinvio a nuova Corte e attendiamo il giudizio di quest'ultima che dovrà concentrarsi non sul rispetto o meno delle linee guida – soprattutto se utilizzate in funzione di una riduzione, di un contenimento o di una razionalizzazione della spesa – ma sulla base del corretto comportamento del medico che ha assistito quel paziente.

Dalla lettura della sentenza può nascere il sospetto che il giudizio del prof. Thiene (uno dei più grandi specialisti al mondo sulla morte improvvisa), possa essere stato per certi versi mal compreso: ciò che è scontato per un insigne maestro non lo è per dei magistrati che certo non fanno della morte improvvisa il loro campo di studio. Così pure parlare di linee guida, conoscerne il contenuto ed il valore, stabilire la loro effettiva portata nel tracciare un percorso trattamentale virtuoso può apparire pleonastico per un esperto di medicina ma non lo è per un esperto di diritto. Ecco quindi che nella stesura della perizia medico-legale è necessario tenere conto che si

³ Girolami P., *Medicina, etica e diritto*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2009, p. 15

parla ai dei pari, cioè a dei maestri dell'arte, ma è necessario farsi intendere da dei profani della materia: così se la scientificità delle argomentazioni deve essere sempre ineccepibile, altrettanto deve dirsi della semplicità delle spiegazioni, dell'accuratezza dei dettagli, della precisione delle didascalie. Solo di fronte a questo dubbio paiono giustificabili le domande che i giudici della Cassazione si pongono: *quali sono queste linee guida? Chi le ha scritte? Che valore pregnante hanno? Qual è il dato statistico che esse prendono in considerazione? In quale misura il paziente con la sua storia personale può rientrare in questo dato statistico?*

Il problema delle linee guida è talmente importante da esser stato fatto proprio dalla Cassazione con risultati che non possono non essere ignorati dai professionisti della salute, i quali forse per una mal compresa politica di efficientismo del nostro sistema sanitario, vedono nelle linee guida la soluzione di tutti i loro problemi e potrebbero essere quasi portati a dimenticare che di fronte a loro c'è un paziente in carne ed ossa, nella sua unicità, e non un semplice dato statistico.

Nel caso in esame il paziente aveva delle specifiche caratteristiche cliniche. Si trattava di un soggetto, come indicato nella sentenza della Corte di Cassazione, caratterizzato da un quadro clinico complesso: fumatore, obeso, iperteso, con la necessità della ventilazione meccanica (vi era una frazione di eiezione del 29%), aveva un quadro dislipidemico estremamente importante. La stabilizzazione del quadro clinico è un dato che può essere facilmente messo in dubbio. Il motivo con il quale questo medico si è difeso è stato che il livello della funzione meccanica cardiaca residua (29%) era sufficiente per sopravvivere, non vi era un'aritmia in atto al momento della dimissione, i markers di necrosi miocardica erano completamente normalizzati. Non vi erano quindi segni che potessero far pensare a un rischio di ricaduta immediata.

La prima azione legale messa in atto dai familiari è stata un'azione penale. Gip e Corte di Cassazione hanno avuto la medesima sensazione, ossia che una vicenda così infausta, accaduta a poche ore dal momento della dimissione, fosse di per sé un sintomo importante di qualcosa che non era andato per il verso giusto.

È vero che la Cassazione giudica in maniera assolutamente irreprensibile perché dà un insegnamento a tutti i magistrati e a tutti noi, ma è anche vero che i magistrati non sono completamente estranei al vissuto umano di una vicenda tragica che, chiediamoci, avrebbe potuto o meno essere evitata? Personalmente direi di no, perché anche se il paziente fosse rimasto in ospedale si sarebbe potuto presentare il medesimo fenomeno aritmico che lo ha colpito a poche ore dalla dimissione, i medici del reparto potevano intervenire con un defibrillatore ma non è detto che tale misura avrebbe cambiato l'esito della vicenda, perché sappiamo che i tentativi di defibrillazione tante volte sono vani specie in soggetti con una simile patologia cardiaca di base e sappiamo anche che quando correggono l'aritmia spesso tale correzione è solo temporanea ed alla fine, tentativo dopo tentativo, si entra in un circolo vizioso e ci troviamo di fronte ad un accanimento.

La Cassazione segnala che nei soggetti infartuati vi è un rischio di recidiva del 5-10% nel primo anno. Corretto. Si sarebbe potuto replicare: dovremmo tenere ricoverati tutti gli infartuati con un infarto miocardico esteso un anno intero onde escludere quel 5-10% di pericolo di recidiva nel primo anno dopo l'infarto onde evitare un susseguente pericolo di morte? Improprio!

Possiamo chiederci se un miglior approccio difensivo avrebbe avuto un risultato differente. È evidente che l'impostazione della difesa è fondamentale dal punto di vista medico-legale. Il fatto che la Corte d'appello abbia optato per un giudizio assolutorio fa pensare che le ragioni che il medico ha addotto a sua difesa abbia trovato accoglienza in quella sede.

Possiamo parlare, valutando questa vicenda, di medicina difensiva, essendo di fronte a un medico che dimette il paziente in osservanza delle linee guida?

Lascio al lettore ogni ulteriore valutazione ricordando tuttavia che la nuova sentenza della Corte d'Appello non potrà prescindere dal principio fondamentale della giustizia penale dalla Corte di Cassazione in materia di responsabilità medica con la sentenza “*Franzese*”, il principio della colpevolezza “ogni ragionevole dubbio”. In questo caso i dubbi davvero non mancano!

Gli organi di stampa, per parte loro non hanno avuto dubbi nel recepire la sentenza della Cassazione come un no alle dimissioni ospedaliere per motivazioni economiche, come si può dedurre da questo flash di agenzia del 5 marzo 2011: «*La Corte di cassazione con la sentenza n. 8254 del 2 marzo fa suonare, senza sconti, il richiamo al rispetto del diritto alla salute. La Corte ha così annullato l'assoluzione di un medico dall'accusa di omicidio colposo di un paziente dimesso, seguendo i criteri delle linee guida adottate dall'ospedale, dopo nove giorni da un intervento cardiaco. In ambito sanitario nessuno spazio per “logiche mercantili”. Che vanno a danno dell'ammalato e si manifestano sotto forma di fumose “linee guida” ospedaliere che servono poi da salvacondotto a copertura delle responsabilità del medico*».

Ritengo che la mia relazione sia propedeutica ad aprire la discussione, in vista dei successivi interventi. Porto alla vostra attenzione dei casi concreti, del ‘*materiale di laboratorio*’ sul quale lavorare con la lente d'ingrandimento.

- La medicina legale, sostiene il prof. Fiori di Roma, (ed io condivido il suo pensiero), è una professione triste: siamo costantemente a contatto con casi dall'esito più o meno infausto, ma pur sempre contraddistinti da negatività. Anche la seguente vicenda giunta all'attenzione della Suprema Corte (Corte di Cassazione, sez. IV penale, n. 13476/2011) è segnata da un aspetto tragico. Ecco quanto si ricava dalla lettura della sentenza. Siamo in presenza di un'equipe chirurgica di eccellenza dell'ospedale San Giovanni di Roma. Si tratta di una donna di 44 anni con due bambini piccoli disposta a tutto pur di sopravvivere. Questo è un dato indicativo non indifferente. La donna era già stata visitata da dei medici canadesi i quali le avevano diagnosticato un tumore pancreatico metastatico, pronosticando un tempo di sopravvivenza di 6 mesi, abitudine del mondo medico anglosassone che rifiuto con tutte le mie forze, ma che fa parte della loro dinamica professionale. La donna rientra in Italia, determinata, (come non comprenderla?), a guadagnare un po' di tempo per la propria sopravvivenza. I chirurghi stabiliscono, in funzione di questa sua condizione esistenziale, di verificare donde provenga la neoplasia, con metastasi a livello del peritoneo, dei cavi pleurici, dell'intestino, delle ovaie, del fegato e dei polmoni. Questo il ragionamento dei chirurghi: se l'origine della neoplasia sono le ovaie, il tempo di sopravvivenza potrebbe essere un po' più prolungato, mentre se è il pancreas il lasso di sopravvivenza si riduce. Viene allora effettuata una laparoscopia. Precedentemente era stata fatta una TAC, non reputata sufficientemente esaustiva. Grazie alla laparoscopia vedono che la neoplasia è estesa. Cercano di andare a controllare anche la coda del pancreas – mi sfugge il significato – e, molto probabilmente, nel far ciò si produce una piccola lesione a livello del polo inferiore della capsula della milza, la capsula splenica, e lacerano lievemente anche il legamento falciforme, quello che unisce il fegato al diaframma. Nel pomeriggio decidono di intervenire con una laparotomia. La mattina viene praticata una laparoscopia, nel pomeriggio una laparotomia con la quale si asportano le ovaie e una grossa massa neoplastica – dal punto di vista medico-legale poteva essere una giustificazione che, forse, avrebbe cambiato

l'esisto del processo – che occludeva e conseguentemente comprimeva l'intestino in sede pre-sigmoidea. Questa poteva essere addotta quale giustificazione dell'intervento: “*onde ricreare una normalità di transito eravamo costretti ad asportare questa grossa massa neoplastica*”. La donna nella tarda serata va incontro ad una complicazione di presunta natura emorragica e muore. Si tenta di rianimarla e nella rianimazione – dato interessante da considerare – si procura la frattura dello sterno e di due costole. Quando si effettua un'autopsia bisogna sempre domandare ai medici se è stato praticato un massaggio cardiaco, il quale non di rado produce una frattura dello sterno e di alcune costole nonché una lesione della milza per via della forte compressione sul torace.

I medici vengono tutti condannati per omicidio colposo: non hanno rilevato e non hanno saputo arrestare l'emorragia che ha condotto al decesso. I giudici della Cassazione non esprimono un giudizio negativo sul fatto che gli operatori sono intervenuti su una donna con un “*accanimento terapeutico*” – vi sono tutti gli elementi per parlare di accanimento terapeutico, vista l'estensione della neoplasia – quanto piuttosto sul fatto che non hanno messo in atto tutti quei provvedimenti necessari per riconoscere un'emorragia ed evitarne le conseguenze.

Le tesi difensive riportate Cassazione paiono differenti l'una dall'altra: ogni medico fornisce la propria interpretazione dei fatti! Si legge infatti tra le motivazioni dei medici ricorrenti che al momento dell'autopsia furono trovati 200 cc di sangue in cavità splenica: si pensa quindi ad una piccola lacerazione della milza, produttore di 200 cc di sangue, dovendosi notare tuttavia che se si rompe la milza si verifica un profluvio di sangue che invade il campo operatorio e questo non sarebbe accaduto nel caso in esame. La rottura della milza come causa dell'emorragia che ha portato a morte la paziente dovrebbe essere pertanto scartata. Tra le varie argomentazioni una pare anch'essa negare l'ipotesi della lacerazione splenica, rilevando che i 200 cc di sangue erano presenti non in cavità splenica, ma in cavità gastrica. Infine, si attribuisce l'emorragia al cedimento di clips metalliche seguito all'intervento di asportazione delle ovaie e della massa intestinale in sede pre-sigmoidea, evento, quello del cedimento, imprevedibile e per certi versi inevitabile. L'ulteriore considerazione che la donna è morta nell'arco di tempo pronosticato dai medici canadesi (sei mesi) e quindi non avrebbe perso alcuna chance a seguito dell'intervento in oggetto non sembra incontrare l'approvazione della Corte.

I magistrati della Cassazione, di fronte a questa linea difensiva frastagliata adottano una linea piuttosto *tranchant*, affermando che oltre a non aver riconosciuto che vi fosse un'emorragia in atto tale da condurre alla morte, i medici in giudizio hanno effettuato tutta una serie di interventi su una donna – la quale pure aveva sottoscritto il proprio consenso informato al trattamento sanitario – affetta da una grave ed inoperabile neoplasia metastatica. Sulla libertà del consenso lascio a voi ogni giudizio: che libertà hai di decidere di fronte a due bambini che ti vogliono ancora in vita e di fronte a te, donna e madre, che vuoi ancora vivere coi tuoi figli e con la tua famiglia, ben sapendo che tra sei mesi non ci sarai più?

Ritornando alle considerazioni della Cassazione, essa afferma che gli interventi effettuati sulla donna, proprio in considerazione del suo stato clinico gravemente compromesso, sostengono l'idea della loro colpa, poiché se la loro condotta non fosse stata colpevole, non solo si sarebbe posto rimedio all'emorragia, ma si sarebbe pure evitata rinunciando preventivamente all'esecuzione degli interventi chirurgici ai quali è dovuta. I giudici della Cassazione non dicono apertamente “*no*” all'accanimento terapeutico, dicono “*no*” ad un trattamento sanitario viziato

da elementi di colpa. Non si può parlare di imperizia in quanto nella sentenza di dà atto della capacità professionale dei medici in giudizio. Nulla da dire quindi sulla competenza.

Secondo i giudici i dubbi attengono all'idea di opportunità dell'intervento. I medici si sono difesi dicendo che durante l'endoscopia non è stato verificato alcun tipo di emorragia, che non si è prodotta nessuna lacerazione (se ne sarebbero accorti immediatamente). Inoltre, è possibile che le clips abbiano ceduto dopo l'intervento e questo spiegherebbe perché alle 22:00 si sia verificata un'insufficienza cardio-circolatoria acuta. Il chirurgo capo, nella serata, visto che le condizioni della donna stavano precipitando, verificando che dai drenaggi usciva del sangue, ha effettuato una manovra che i giudici della Cassazione hanno giudicato in maniera estremamente negativa: è intervenuto senza anestesia. In realtà, è del tutto improbabile che sia intervenuto senza anestesia: o ha inserito qualche drenaggio in più oppure ha effettuato una rapida esplorazione del campo operatorio per verificare se fosse in atto un'emorragia massiva. Siccome il cedimento della clips è un fatto imprevedibile e inevitabile, questo fatto avrebbe esonerato da qualsiasi responsabilità i chirurghi. Per questa ragione hanno cercato di puntare il tutto su questo aspetto. I giudici della Cassazione hanno espresso il loro disaccordo attraverso un quesito: ammesso e non concesso che le clips abbiano ceduto, per quale ragione siete intervenuti chirurgicamente? La loro risposta è stata: per determinare lo stadio di avanzamento della malattia. Asportare le ovaie ed una grossa massa neoplastica non sembra del tutto coerente con questo tipo di giustificazione.

Alla richiesta di vedere annullata la sentenza della Corte d'Appello di conferma della condanna per omicidio colposo, gli imputati aggiungevano in subordine l'istanza di considerare prescritto il reato. In effetti erano trascorsi più di 7 anni e mezzo dall'evento (la vicenda si è verificata nel 2001) e quindi il reato è prescritto. Dal punto di vista penalistico nessun tipo di responsabilità può essere loro addebitata, ma rimane aperta – sottolinea la Cassazione – la via civilistica per il risarcimento. Il giudizio viene quindi rimandato ai giudici delle Corti civili i quali dovranno stabilire il *quantum* di risarcimento spettante.

Tenete conto, questo è l'aspetto più significativo della vicenda, che chi agirà a fini risarcitori contro questi medici saranno i familiari della vittima, quegli stessi che, molto probabilmente, erano d'accordo nel tentare il tutto per tutto per cercare, non certo di salvare la vita della donna – su questo i medici erano stati chiari: in alcun modo le avrebbero salvato la vita – quanto di prolungargliela.

Viene qui in luce un aspetto interessante della vicenda, quello legato al consenso. La Cassazione per due volte ribadisce: la donna aveva espresso il suo consenso informato. ***Il consenso, cioè il trasferimento del rischio sulla persona del paziente, non costituisce un salvacondotto per i medici nei confronti di un'eventuale ipotesi di responsabilità.*** La mancanza di consenso chiaramente espone il medico ad una sanzione penale anche grave perché manca l'elemento chiave per il quale si può intervenire sul corpo del paziente, ma non costituisce l'elemento che garantisce l'immunità del medico. Il consenso riguarda un bene, che è la salute, indisponibile da parte del paziente. Questa donna non poteva dire: “sono d'accordo che voi mi operiate e se c'è anche una sola probabilità su mille che io mi salvi preferisco morire sotto i ferri”. Non lo poteva dire perché il bene della salute non le appartiene come cosa, non lo può cedere, non lo può vendere, non lo può trasmettere ad alcuno, non è un bene materiale trasmissibile. In pratica, il consenso dell'avente diritto scrimina relativamente al reato di violenza privata perché nel caso in cui non vi sia il consenso, il medico agisce in maniera violenta su una persona, ma non scrimina nei

confronti di una responsabilità dei medici per omicidio colposo, i quali, pur col consenso dell'interessata, si sono assunti un gravissimo rischio e hanno esposto questa donna a rischio di morte, cosa che poi si è verificata, anticipandone il verificarsi.

L'esplicito riferimento da parte della Corte d'Appello al Codice di deontologia medica nella parte in cui fa divieto ai medici di eseguire interventi informati a inutili forme di accanimento diagnostico-terapeutico rende peraltro chiari i sentimenti dei giudici e la motivazione della condanna.

Mi avvio alla conclusione sottolineando che le sentenze della Cassazione si scrivono sulla base delle relazioni peritali riportate nelle sentenze di primo e di secondo grado. Inoltre, la vicenda umana che è al centro di ciascuna sentenza è vissuta dai giudici della Suprema Corte come noi stessi la viviamo: essi sono uomini e donne come noi i quali si trovano di fronte ad una giovane donna invasa da metastasi tumorali, la quale, in un tentativo disperato, è stata sottoposta ad un intervento chirurgico e tale intervento l'ha condotta alla morte. Di fronte a una vicenda tragica come questa possiamo chiederci se si sarebbe potuto evitare la condanna di medici che senza dubbio erano animati dal desiderio di fare del bene a una madre sfortunata.

Dal punto di vista medico legale, in generale, quando più persone sono imputate per un medesimo reato è consigliabile di redigere un'unica memoria difensiva così da non trovarsi in contraddizione l'uno con l'altro. Avete lavorato insieme? Difendetevi insieme!

Altro aspetto importante: occorre seguire attentamente il lavoro degli avvocati. Quando redigono le memorie difensive, gli avvocati, esperti di più di diritto che di medicina, possono essere portati a estrapolare qua e là degli elementi della perizia medico-legale che sembrano loro più importanti senza che lo siano e viceversa.

Infine, nel caso in esame, il fatto di porre in risalto il fattore urgenza rappresentato da questa grossa massa neoplastica che occludeva il tubo intestinale, avrebbe potuto costituire, in un'ottica medico-legale, una giustificazione raffinata e attendibile.

Il quotidiano *«Il Sole 24 Ore»* del 9 aprile 2011 riporta così la sentenza: *“La Cassazione condanna l'accanimento terapeutico”* Nell'articolo si fa anche cenno ad un ultimo disperato intervento senza anestesia sul corpo della donna. Ci si riferisce qui al fatto occorso in tarda serata durante il quale, molto probabilmente, il medico ha effettuato un'esplorazione del campo operatorio, verificando che era in corso un'emorragia, senza però esser stato in grado di fermarla.

Leggendo i titoli dei quotidiani percepiamo nettamente come il mondo sanitario e quello della collettività recepiscono le notizie filtrate dalla lente di ingrandimento, che talvolta ingigantisce e modifica l'immagine, dei mass media. L'esempio del quotidiano francese con l'articolo intitolato *“tre medici rilasciati dopo la morte di un bambino di 12 anni”* rende l'idea: la foto in grande della madre in lacrime e quella del bambino con sotto scritto: *“è come se me lo avessero ucciso una seconda volta”*. I giudici non hanno riconosciuto la responsabilità del medico di famiglia che, agli occhi di questa donna, è invece colpevole. Naturalmente il fatto per lei rappresenta una grave ingiustizia.

In riferimento al caso citato della giovane madre prematuramente deceduta viene da chiedersi in quale misura una simile sentenza di condanna, riportata dai giornali come di condanna dell'accanimento terapeutico, possa indurre i professionisti non solo ad astenersi da forme varie di *“accanimento”* ma anche ad assumere atteggiamenti (pretestuosamente) rinunciatari nei confronti di soggetti a alto rischio di sopravvivenza: che ne sarà degli atti *“eroici”* di cui andavano fieri i medici

della generazione passata: l'aver fatto tutto il possibile (e talora anche l'impossibile) per mantenere in vita il paziente.

Ultimo dato che sottopongo alla vostra attenzione: ***il Disegno di Legge licenziato dalla Camera il 13 luglio 2011 ed ora giunto in Senato in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato, e di dichiarazioni anticipate di trattamento.***

La Legge riporta il divieto inerente a qualsiasi forma di eutanasia, riconoscendo come prioritaria l'alleanza terapeutica medico-paziente; impone inoltre l'obbligo al medico di informare il paziente sui trattamenti sanitari che gli verranno somministrati. E ancora all'art. 1 comma f «*garantisce che, in casi di pazienti in stato di fine vita o in condizioni di morte prevista come imminente, il medico debba astenersi da trattamenti straordinari non proporzionati rispetto alle condizioni cliniche del paziente o agli obiettivi di cura*». Si intravede qui il divieto di trattamento sanitario etichettabile come accanimento terapeutico. La nostra legislazione sta prendendo in considerazione, seppur in maniera piuttosto tenue, questo problema. Dico "tenue" in quanto non sono previste delle sanzioni penali nei confronti dei professionisti che effettuano dei trattamenti sproporzionati. La legislazione francese in questo senso è decisamente più esaustiva: il medico si deve astenere da qualsiasi ostinazione irragionevole. In pratica, l'accanimento terapeutico è esplicitamente vietato dalla norma (che va sotto il titolo di «*rifiuto dell'ostinazione non ragionevole e della possibilità di interrompere o non intraprendere trattamenti inutili, sproporzionati e non avente altro effetto se non quello del mantenimento artificiale della vita*») e addirittura è prevista una sanzione penale. Il medico può essere accusato dai familiari di aver trattato il paziente in maniera incongrua ossia con cure sproporzionate aventi un solo effetto: mantenerlo in vita. Un'ostinazione irragionevole è comunque un fatto censurabile che può essere utilizzata da parte dei familiari quale arma nei confronti dei medici per poterli chiamare in giudizio. Questa legge non esonera quindi il medico da responsabilità e non elimina il problema della medicina difensiva.

Con questi quattro casi, eterogenei fra loro, abbiamo toccato con mano una realtà che dimostra che i medici sono in prima linea e che una profonda sensibilità etica ed una buona conoscenza giuridica rappresenta un elemento vincente per tutti i professionisti della salute.

Vi ringrazio per la vostra attenzione.

Prof. Enrico Larghero:

Ringraziamo il prof. Girolami per averci consentito di riflettere sul fatto che il tema del Convegno si manifesta nella realtà con modalità estremamente complesse ed articolate, le quali risentono del contesto in cui viviamo. Nella sua introduzione il dottor Fracchia ha posto la 'cornice' a questo 'quadro', che nel quotidiano ha una declinazione estremamente variabile e mutevole perché tale è la materia. Passo la parola al dottor Pier Paolo Donadio, anch'egli docente al Master in bioetica nonché primario di anestesia e rianimazione presso l'ospedale Molinette di Torino.

L'AREA CRITICA TRA DIFENSIVISMO ED ETICA DELLA DESISTENZA

Prof. Pier Paolo Donadio



Buongiorno a tutti. Ringrazio il prof. Larghero per aver avuto l'idea di trattare, in termini etici, un fenomeno dilagante, preoccupante, forse inevitabile come quello della medicina difensiva. Faccio riferimento alla medicina difensiva in un ambito particolare che è l'**area critica** di cui mi occupo. Innanzitutto, **cos'è la medicina difensiva?**

Esiste una **medicina difensiva negativa**, che sta nel rifiuto di prendere in carico dei pazienti o di eseguire delle procedure ritenute troppo complesse o troppo rischiose.

Vi è anche una **medicina difensiva positiva** la quale si identifica nell'esecuzione di esami, procedure diagnostiche, visite, ricoveri e prescrizione di farmaci inutili.

Entrambe sono caratterizzate dal medesimo scopo, ciò che le rende, appunto, “difensive”: *ridurre la propria esposizione a un giudizio di responsabilità*. In buona sostanza, davanti a me non ho il paziente, ma dietro di lui scorgo la figura del giudice. Conseguentemente, ragiono, agisco, decido avendo come finalità – affiancata a quella della cura o talvolta prevalente rispetto ad essa – quella di ripararmi dall'esposizione ad un giudizio. La *medicina difensiva negativa*, quella del non fare, è sempre esistita, anche se un tempo non si chiamava così. È l'atteggiamento di chi, di fronte a possibili “grane”, preferisce defilarsi. Non riguarda solo le problematiche giudiziarie, ma anche quelle cliniche, psicologiche, relazionali: “*questa è gente difficile: la tratti qualcun altro*”; “*questo è un caso a rischio: lo operi qualcun altro*”. **Il confine tra l'umiltà e la percezione dei propri limiti e la viltà alla fine sta nella coscienza di ciascuno**. La *medicina difensiva positiva* rappresenta invece un fenomeno in sensibile espansione con conseguenze rilevanti sui costi della Sanità e sui tempi di attesa dei pazienti, quelli che ne hanno realmente bisogno, per ottenere le prestazioni. In ambito generale, la *medicina difensiva positiva* potrebbe sembrare soltanto un *malcostume* che riguarda l'allocazione delle risorse finanziarie e strutturali. Potrebbe sembrare così, ossia un malcostume che indica un deterioramento del rapporto medico-paziente, con il prevalere della sfiducia da parte dell'uno (il paziente) e del sospetto da parte dell'altro (il medico). Per questo si fa “*di tutto di più*”, anche ciò che non serve, provocando degli sprechi. Una seria indagine recente ha quantificato nell'11,8% della spesa sanitaria gli sprechi da difensivismo che, tradotti in cifre, corrispondono a 13 miliardi di euro l'anno della spesa sanitaria! Mai come in queste ultime settimane siamo stati sensibilizzati al problema della ricerca di risorse. Tuttavia, molti potrebbero dire, e dicono: “*ma la salute non è la cosa più importante? Ci sono i costi della politica, le spese militari, il recupero dell'evasione fiscale, ma perché bisogna proprio tagliare il mio esame del sangue, la mia ecografia, la mia risonanza?*” Abbiamo sempre ragionato così: “*in fondo, per la salute...*” Per la salute abbiamo sempre chiesto un esonero rispetto alle categorie abituali di ragionevolezza della spesa. Oltre a questo aspetto vi è anche un *malinteso di fondo nella relazione tra medico e paziente*:

- il paziente non può riconoscere un'intenzione “difensiva” dietro la *prescrizione sanitaria* (“*so benissimo che non serve, ma mi voglio proteggere dal fatto che caso mai...*”);
- il paziente la percepisce invece come un atto di attenzione, di diligenza, di interesse per lui (“*il dottore mi fa anche fare la Tac, si vede che non è del tutto convinto e mi vuole assicurare*”). La

gratuità della prestazione rende la sua erogazione bene accolta al paziente e la sua negazione un atto di pura “cattiveria”: “*ma che ti costa farmi fare la Tac? Alla fine sono solo soldi, vuoi metterli a confronto con la salute?*”

In ambito generale si potrebbe concludere così: meglio qualche spesa in più che tranquillizza il paziente e rassicura il medico, basta che ciò che si prescrive non sia nocivo e avremo più prevenzione, più salute... ed anche meno contenziosi, e così, con meno contenziosi, si recupererà una parte della spesa. **Ma è davvero così? No, perché non sono solo soldi:**

- c'è sicuramente un problema di allocazione delle risorse finanziarie (che sono risorse finite);
- c'è un analogo problema di allocazione delle risorse strutturali, che si traduce in tempi di attesa allungati a danno di chi ha una reale necessità, in letti che mancano, in personale insufficiente.

Ingorgare di difensivismo il Sistema Sanitario è un problema di allocazione non solo finanziario. “*Cosa costerà mai un esame della glicemia?*” Poco, certo, ma dietro ad un esame c'è un laboratorio che deve avere una certa dimensione a seconda del numero di esami che effettua. Le risorse, anche se abbondanti, sono limitate per definizione: ciò che non è qui non può essere là. Limitate, in questo caso, non significa poche o tante; significa che sono un *tot*, anche abbondanti, ma finite. Quindi, **una responsabilità etica nell'allocare le risorse è necessaria perché non è solo un problema di quanti soldi si spendono.**

In **area critica**, dove opero, emergono i seguenti problemi:

- c'è sicuramente un problema di allocazione delle risorse finanziarie e strutturali;
- **c'è un ben maggior problema che tocca le questioni etiche del fine vita**, nel quale la medicina difensiva gioca un ruolo fondamentale, anche se tale aspetto viene spesso sottaciuto e sempre minimizzato.

Il vero problema in area critica è che là dove già si fa “*di tutto e di più*” per definizione, qualunque aggiunta di trattamento nel nome della medicina difensiva si traduce automaticamente in ciò che chiamiamo *accanimento terapeutico*. Gli inglesi definiscono in maniera più appropriata l'*accanimento terapeutico* e lo chiamano **overtreatment** (sovratrattamento) oppure **medical futility** (futilità). Il termine usato da tutti, *accanimento terapeutico*, è un nonsense terminologico, non si dovrebbe chiamare così, ma accanimento e basta, perché nell'accanirsi non c'è nulla di terapeutico. L'accanimento non è una terapia! L'accanimento è accanimento, null'altro che questo. È medicina impropria che non va fatta. I due termini anglosassoni restituiscono decisamente meglio la misura del problema: **futilità e sovratrattamento**.

Ritengo sia opportuno, parlando di area critica, darne una rapida definizione:

- reparti di terapia intensiva ad alta tecnologia con molto personale (un infermiere ogni due pazienti): si mantengono le funzioni vitali che, se non controllate e sostenute, potrebbero provocare la morte;
- a latere vi sono il Pronto Soccorso, le ambulanze di rianimazione, il sistema del 118.

In questo ambito emergono delle difficoltà proprie di questo tipo di medicina:

- i pazienti sono in pericolo di vita, non coscienti perché in coma o sedati;
- l'alleanza terapeutica è possibile soltanto “*a posteriori*”;

- sono necessari i consulenti: neurologi, fisiatri, cardiologi, nefrologi, epatologi, ecc.

Queste tre caratteristiche conducono a delle conseguenze: poiché i pazienti non sono coscienti, ci si relaziona con i familiari, sapendo che, in caso di insuccesso, saranno eventualmente loro, i congiunti, ad avviare azioni di rivalsa, perché da noi l'insuccesso vuol dire la morte. Qualsiasi atteggiamento di perplessità nei familiari (il malato peggiora, la reazione comune è: “*ma come mai?*”) rischia di scatenare – a livello psicologico da parte del medico – il difensivismo soprattutto nei medici meno esperti, meno capaci di dialogo e provvisti di meno coraggio. Il rischio è di massacrare quel soggetto di futilità terapeutica per paura che quel “*come mai?*” diventi accusatorio. Più in generale, spesso si parla di alleanza terapeutica, ma non dobbiamo dimenticarci che tale alleanza esiste solo quando un paziente va dal medico scegliendoselo, non importa se medico privato o della mutua, ma medico scelto. Quando si va dal medico si dice: “*sono andato dal medico*”. Quando si va in ospedale, quantomeno si sceglie la struttura dove andare e l'equipe a cui affidarsi... e si dice: “*mi sono fatto operare*”. Ma quando un paziente accede all'area critica, e non lo sceglie, osservate il lessico com'è fedele: “*sono finito in rianimazione*”, “*l'han portato in terapia intensiva*”. Ma che alleanza terapeutica è questa? Nel momento in cui giungono i familiari del paziente, che è incosciente, è ovvio che la relazione medico-parenti del paziente inizi con degli interrogativi reciproci: loro si chiedono se il reparto e i medici saranno all'altezza, domanda legittima, così come è altrettanto legittimo che il medico si domandi: “*ma che parenti avrà questo malato? Hanno idea di cosa significa finire in rianimazione?*” Questo è un esempio che sta a dimostrare come l'alleanza terapeutica sia tutta da costruire quando già il processo terapeutico è in atto. È una difficoltà enorme e dato che ***l'alleanza terapeutica è l'antidoto al difensivismo, questa è una delle ragioni per cui l'area critica è a rischio di difensivismo più che altre aree***. L'onere della costruzione di questa alleanza è tutto a carico del medico e del reparto – il primo passo lo dobbiamo fare noi – ed occorre agire in modo tale da portare la famiglia, a posteriori, a sentire che se avesse potuto scegliere, avrebbe scelto proprio quei medici e quel reparto. Noi dobbiamo agire, a posteriori, perché si confermi una scelta che in realtà non c'è stata. E per far ciò sono indispensabili ***accoglienza, ascolto, adattamento del linguaggio*** (nella comunicazione la colpa è sempre di chi comunica e mai di chi non comprende), ***tempo; insomma dobbiamo non soltanto trattare, ma curare, anzi di più, prenderci cura*** del malato e dei suoi familiari.

E se non ci siamo alleati?

Sussistono delle ragioni comprensibili e fors'anche inevitabili in cui l'alleanza coi familiari non c'è (mancanza di tempo, evento iperacuto, non tutti sono dei dialoganti, nè di qua nè di là) e si percepisce sfiducia, sospetto, diffidenza. Il paziente viene pertanto massacrato di futilità perché si tende a voler dimostrare alla famiglia quantomeno di aver fatto tutto il possibile e l'impossibile. Volendolo dimostrare alla famiglia, si inizierà a scrivere fiumi d'inchiostro nella prospettiva di doverlo in seguito dimostrare anche al perito e al giudice.

Altro elemento caratteristico dell'area critica sono i ***consulenti***: abbiamo bisogno del loro parere, che spesso contempla l'esecuzione di ulteriori accertamenti e/o trattamenti. Il rianimatore, che conosce il paziente in toto, può ritenere futile l'indicazione del consulente (che conosce il malato solo per la specificità che lo riguarda), ma quasi sempre, una volta che l'indicazione del consulente è stata scritta, la applica per timore di risultare, a posteriori, negligente. Ci vuole coraggio a non fare una Tac prescritta dallo specialista in quanto non necessaria, avendo il quadro generale. Il modo c'è: ***argomentando le scelte***. Una *malattia* dei reparti di area critica è la seguente: “*è venuto il tal consu-*

lente, ha detto di fare questo e si fa, perché qualcuno potrebbe dire che, pur avendolo suggerito il consulente, noi non lo abbiamo fatto". Come uscirne? Argomentando un *perché superiore al suggerimento*. Se un consulente mi suggerisce una Tac e so che quel paziente non è trasportabile dall'area critica alla radiologia, gliela faccio fare ugualmente? In quel caso si disattende, ma **bisogna disattendere tutte le volte che si ritiene esagerato, futile, eccessivo**. Per questo la rianimazione è un luogo ad alto rischio di medicina difensiva. **Proprio perché in area critica si esercita già una medicina massimale, è evidente che difendersi in area critica equivale ad accanirsi**. Non bisogna dimenticare che la *mission dell'area critica sta nel far superare in modo relativamente sicuro un periodo critico previsto e transitorio* (es., dopo un intervento chirurgico molto pesante) così come **dare un tempo aggiuntivo di sopravvivenza per consentire ai trattamenti terapeutici di risolvere l'evento acuto** (es., un grave trauma) che ha determinato l'insufficienza delle funzioni vitali. Questo al fine di poter porre in essere delle terapie che possano condurre al miglioramento ed eventualmente alla guarigione.

Stabilito a *cosa serve* la terapia intensiva, chiediamoci a **cosa non serve...**

Non serve a togliere i moribondi dai reparti ordinari – talvolta succede –, ad allungare la naturale evoluzione di malattie croniche non curabili, ad allungare la vita di qualche ora o di qualche giorno **quando il paziente non è più un malato ma un morente**, nonostante sia già stato sottoposto per definizione, essendo in rianimazione, a trattamenti massimali che non hanno avuto successo. Qui si innesca un altro meccanismo tossico: se abbiamo accettato un ricovero inappropriato, fidandoci del fatto che il collega di reparto abbia un minimo di buonsenso – il sottinteso è che lui mi chieda un letto in rianimazione quando vi è un'indicazione utile – è molto probabile che la famiglia interpreti il trasferimento in rianimazione come un segnale di speranza per il proprio caro... e invece viene mandato in rianimazione a morire. La percezione di speranze infondate induce nei medici frustrazione e sensi di colpa che conducono ad aggressività o a difensivismo e il difensivismo si sostanzia nell'accanimento allo scopo di far vedere che si è fatto tutto il possibile, anche quando più nulla è possibile, ma il parente non lo sa...

Vi è anche il caso dell'*ammissione in rianimazione di un paziente vittima di malpractice*: può accadere, raramente per fortuna, che un paziente finisca in rianimazione a causa di errore medico. Il difensivismo in quel caso diventa collegiale e tutti si sentiranno in dovere di *fare di tutto e di più* anche quando sanno che non servirà a nulla, nel vano tentativo di ridurre le conseguenze dell'errore.

Come si muore in rianimazione?

Circa il 20% dei pazienti di terapia intensiva muore. Non sono mai morti inattese o improvvise (è un evento rarissimo) poiché in rianimazione la morte non è naturale: tutto è artificiale, strumentale o farmacologico. Si giunge ad un punto in cui si sa che non c'è più nulla di utile, anche se la morte può ancora essere questione di ore o giorni. Non sempre questo è male, se può consentire ad un familiare di arrivare in tempo per vedere il proprio caro vivo per l'ultima volta. È una procrastinazione accettabile, comprensibile. **Non dobbiamo mai essere assoluti nelle valutazioni!** Conseguentemente, bisogna saper desistere, a un dato punto. **Giunge il momento in cui si ha il dovere di lasciar morire**. Attenzione, perché in questo ambito le parole sono macigni. **Lasciare** non è sinonimo di **abbandonare**, è sinonimo di **accompagnare, non di abbandonare!** **La desistenza terapeutica nel malato al termine della vita è un atto clinicamente appropriato, eticamente doveroso, che non ha nulla a che vedere con l'eutanasia**. Si sostanzia la desistenza terapeutica dapprima nella rinuncia ad aggiungere farmaci, presidi, supporti, apparecchi, e ciò il più delle volte è sufficiente a consenti-

re al morente il trapasso. Raramente è necessario sospendere trattamenti o rimuovere presidi. È sempre possibile farlo in modo tale da non impedire attivamente la sopravvivenza. Porto un esempio: smetto di ‘rincorrere’ una pressione inarrestabilmente in discesa aumentando all’infinito la noradrenalina; oppure smetto di aumentare la performance del respiratore meccanico. Il paziente non ce la fa e non ce la farà e quindi io smetto di “salire”, di “correre dietro” al suo progressivo e inarrestabile decadimento. Quindi, smetto di ‘salire’. Inutile fare ciò che ormai non serve più. In tale contesto anche le parole sono importanti. Se un medico in cartella clinica scrive “*si verifica arresto cardiaco*”, chiunque si aspetterebbe una nota del tipo “*si comincia rianimazione cardio-polmonare*”. Se però ci troviamo di fronte ad una morte attesa, perché non scrivere “*si verifica il decesso*”? È evidente che se il paziente muore gli si ferma il cuore, ma scritto in quella forma presupporrebbe un’azione conseguente. Quando, collegialmente, si giunge alla conclusione che tenerlo attaccato ad un respiratore ha il solo scopo di procrastinargli la data di morte di ore o giorni, lo si può fare se si ha una ragione valida. Ve ne ho indicata una in precedenza.

Analizziamo la **situazione italiana**: nel 2005 è stata effettuata una seria analisi, la quale ha studiato 3.438 morti in rianimazione, un campione rappresentativo dei 38.000 morti in rianimazione che si sono avuti nel 2005, il che significa pur sempre che 120.000 malati di rianimazione sono tornati a casa. Hanno partecipato allo studio 84 rianimazioni. Nel 62% dei casi queste morti sono state precedute da una qualche decisione di desistenza grande o piccola (in maggior percentuale nei reparti con risultati migliori). **Poiché la morte in rianimazione non è mai improvvisa, la domanda è: e l’altro 38%? Con tutta probabilità una gran parte è giunto a morte passando attraverso accanimento di origine difensiva.**

Mi avvio alla conclusione presentandovi la **triade maledetta** (*welfare* più *paziente non cosciente* più *difensivismo*):

- il *welfare*, fattore in sé positivo, speriamo che ce lo conservino. Ma dietro al *welfare* c’è una domanda che siamo tenuti a rivolgere a noi stessi: faremmo lo stesso tutto quello che facciamo se dovessimo chiedere alle famiglie di pagare di tasca loro? E le famiglie lo vorrebbero? C’è anche un aspetto di **responsabilizzazione dell’utenza**;
- il paziente non cosciente: faremmo lo stesso tutto quello che facciamo se il paziente fosse cosciente e potesse esprimersi?
- la medicina difensiva: faremmo lo stesso tutto quello che facciamo se non avessimo paura di essere citati in giudizio?

Aggiungo che credo che **sarà l’etica a risolvere una parte dei problemi dei bilanci sanitari. Potrà essere solo l’etica a farlo, l’etica della categoria sanitaria e della società civile.** Non risolveremo i problemi con leggi e tagli. Vi è un’offerta di medicina continua che rappresenta anche un business. L’offerta genera la domanda. **Se non c’è un governo etico della domanda la Sanità non si salverà.** Non bisogna inciampare in questo genere di ragionamento, spesso inconsapevole: “*tanto non paga nessuno, lui non ha voce in capitolo... e io mi tutelo*”. Questa è la radice del difensivismo.

In 32 anni di lavoro in terapia intensiva non ho mai visto fare troppo poco, anzi, ho visto spesso fare troppo. Porgo alla vostra attenzione alcune ‘perle’:

- sanguinanti inoperabili trasfusi massivamente;
- metastatici polmonari connessi al respiratore;

- anurici terminali dializzati;
- paziente con ascesso cerebrale ingravescente da funghi, che perdura da un anno e che non risponde agli antibiotici: quando va in coma viene mandato in rianimazione;
- shock settici da deiscenza di suture intestinali, inoperabili, tenuti in rianimazione per mesi.

Perché tutto ciò? Che senso ha?

Spesso si cita la coscienza per coprire il difensivismo: *“la mia coscienza mi impedisce di...”*. ***Bisogna diffidare di chi ha troppa coscienza, soprattutto se la ascolta solo in questi casi e poi, in tutti gli altri, vive come se non l’avesse. È una falsa coscienza...***

E ancora: diventano tutti medici legali. L’altra frase da prendere con sospetto è questa: *“hai ragione, ma da un punto di vista medico-legale...”*. Quando c’è di mezzo la paura diventiamo tutti specialisti. Spesso ho udito citare *“il punto di vista medico-legale”* dagli stessi che fanno firmare i consensi ai parenti, il che rappresenta un errore medico-legale grossolano. O il malato è in grado di dare il proprio consenso o tu medico ti assumi la responsabilità di agire. Al massimo, al parente si fa firmare l’informativa, informandolo appunto che si opererà il proprio congiunto. Però anche il somaro diventa professore per coprire la propria posizione difensivistica con ragioni medico-legali. Aggiungo un altro aspetto. Spesso sentiamo dire: *“non voglio mica andare in galera...”*. L’espressione adatta dovrebbe invece essere: *“non voglio mica pagarmi l’avvocato!”* Questo è un rischio che bisogna imparare a correre nella propria vita professionale. La prima frase è invece tipica dei difensivisti che dimenticano che non si è mai visto un medico detenuto per questioni cliniche. Mi spiace, in qualità di medico, doverlo ricordare, ma gli unici medici che ho visto andare in galera ci sono finiti per questioni di soldi.

In area critica molte ragioni conducono ad atteggiamenti difensivistici. Il difensivismo in area critica non ha solo effetti devastanti dal punto di vista economico, finanziario e strutturale, ma diventa futilità. Ciò lede la dignità del morente e induce favorevolezza verso l’eutanasia, effetto collaterale non da poco. La pratica della desistenza terapeutica, che non ha nulla a che vedere con l’eutanasia, è eticamente doverosa. La desistenza terapeutica trasforma la terapia in cura, cioè in ***accompagnamento dignitoso verso una morte che non si ha più modo di evitare***. La desistenza terapeutica è vera alleanza terapeutica col paziente e con i suoi congiunti, che devono essere anch’essi presi in carico, resi edotti della realtà ed accompagnati verso il lutto con empatia e umanità. Vi ringrazio.

Prof. Enrico Larghero:

A questo punto, dopo i presupposti della Medicina, ecco il punto di vista della bioetica. Passo la parola al Prof. Giuseppe Zeppegno, co-direttore e docente al Master Universitario in Bioetica, nonché docente di Bioetica presso la Facoltà Teologica di Torino.

RIFLESSIONI BIOETICHE

Prof. Giuseppe Zeppegno



Buongiorno a tutti. La storia della medicina ci insegna che nel XX secolo la medicina ha avuto una vera e propria rivoluzione. I dati sotto riportati sono tratti dall'opera di James Le Fanu, *Ascesa e declino della medicina moderna*, Vita & Pensiero, Milano 2005:

- 1935: sulfamidici;
- 1941: penicillina;
- 1944: dialisi;
- 1946: anestesia;
- 1947: radioterapia;
- 1948: impianto del cristallino;
- 1949: cortisone;
- 1950: streptomina;
- 1954: trapianto di rene;
- 1955: antipolio;
- 1956: rianimazione;
- 1957: cura dell'emofilia;
- 1959: endoscopio di Hopkins;
- 1960: contraccezione orale;
- 1961: anca artificiale.

È certo che le scoperte dello scorso secolo hanno effettivamente cambiato il volto della medicina, portando ampie e nuove possibilità, sia diagnostiche che terapeutiche. Che cosa ha provocato questa situazione? **In positivo** l'estendersi della possibilità di trovare una via di guarigione in tante situazioni oppure la possibilità di poter mantenere una cronicità abbastanza stabile e una vita discreta in tante altre situazioni dove la patologia non può regredire del tutto. Ha anche portato un **aspetto negativo**: si è cominciato a pensare che la medicina fosse onnipotente. «*Le nuove scoperte e le nuove realizzazioni nell'ambito della tecnologia biomedica hanno lasciato intravedere così tante possibilità di intervento sul corpo e sulla psiche da lasciarci immaginare un superamento dei limiti della stessa natura umana, quali l'invecchiamento e la morte*». ⁴ Soffermiamo la nostra attenzione su questa affermazione, valutando le conseguenze:

- aumenta l'attenzione per la salute;
- i mass-media mettono in guardia dai rischi del tabacco, degli alcolici, dei bagni di sole, del cibo: è sufficiente sfogliare un giornale, una rivista, guardare un programma televisivo per rendersi conto del massiccio interessamento dei media a questi aspetti della salute dell'essere umano;

⁴ Vittoradolfo Tambone, Luca Borghi (a cura di), *La medicina dei nuovi vampiri*, Academia Universa Press, Milano, 2010.

- ogni giorno si evidenziano nuove insidie, presentate sempre dai mass media: la campagna contro il latte scremato, la margarina, i pericoli derivati dal monitor del computer o dal cellulare, ecc.;
- anche le situazioni normali del ciclo vitale sono sempre più medicalizzate (es. la menopausa) e talvolta viene medicalizzato ciò che non ha ragion d'essere: pensiamo, soprattutto in America, ad un bambino più vivace della norma; anziché prestargli maggiore attenzione, avrebbe forse bisogno soltanto di questo, gli si dà la goccia o la pillola per tranquillizzarlo, credendo così di risolvere il problema;
- se in passato il medico era visto come un soggetto autorevole della comunità (nei paesi si diceva che le persone veramente colte fossero il medico condotto, il farmacista, il sindaco, il prete) oggi non è più così. Ci si informa su internet, si arriva persino a dare consigli al medico e si esigono ulteriori accertamenti e visite specialistiche, provocando la lievitazione della spesa sanitaria, spesso senza provocare un miglioramento della salute;
- più esami il medico ha a disposizione, meno scientifica, cioè meno affidabile, diventa la medicina. Lo disse nel 1959 il premio nobel per la medicina Peter Medawar; i congegni più moderni e gli esami più sofisticati sono spesso fuorvianti e richiedono molto intuito per essere interpretati correttamente. Sarebbe interessante verificare se ancor oggi sia così...

Questi cenni ci conducono a delle osservazioni:

*«Ci si potrebbe aspettare che l'efficacia della medicina contemporanea ne renda particolarmente gratificante l'esercizio come professione, tuttavia inchieste recenti indicano con insistenza che sempre più i medici, specialmente i giovani, sono annoiati e delusi». E ancora: «i successi della medicina moderna, mitigando la paura della malattia e della morte prematura, dovrebbero far sì che gli individui nutrano una minore ansia circa la propria salute. Invece, la realtà mostra di nuovo il contrario di quello che sarebbe lecito aspettarsi. La quota di coloro che si dichiarano 'preoccupati per la propria salute' è aumentata negli ultimi trent'anni proporzionalmente all'incremento della insoddisfazione dei medici».*⁵

Al primo sintomo si ricorre al tal farmaco con quella modalità che si sta abbastanza diffondendo del *fai-da-te*. Ci si 'cura', perlomeno si tenta di farlo, autodiagnosticandosi e assumendo questo o quel farmaco presente in casa, invece di rivolgersi al medico sin dall'inizio. Il *fai-da-te* porta a delle derive.

Si è già parlato del **consenso informato**. **Come lo utilizza il medico deluso?**

In vari modi, non tutti opportuni. È corretto ciò che recita il codice deontologico dei medici (2006) all'art. 35: *«il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso esplicito e informato del paziente»*. È un'affermazione che tutti condividiamo: il paternalismo della classe medica è finito da tempo, perlomeno dovrebbe esserlo. Però il medico deluso, che sa che il paziente scarica da internet le informazioni relative alla sua condizione clinica, si difende utilizzando l'altra parte dell'art. 35, laddove recita: *«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 documentata della volontà della persona, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all'Articolo 33 [...]»*

⁵ James Le Fanu, *Ascesa e declino della medicina moderna*, Vita & Pensiero, Milano, 2005, XVI. XVII.

Tuttavia, spesso ci si dimentica l'art. 33: «*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 prof. Donadio affermava che quest'informazione dev'essere modulata sulle capacità di comprensione del paziente. Pertanto ci vuole del tempo, un minimo di conoscenza personale perché il medico possa dire le stesse cose, ma in maniera differente, in base al genere di persona che si ha di fronte, sia da un punto di vista psicologico che culturale (paziente più o meno ansioso, più o meno colto). Per questo è importante un minimo di relazione medico-paziente, per poter essere efficace da un punto di vista comunicativo e quindi conquistare la fiducia reciproca. Spesso si afferma: “*il paziente ha firmato, ho un pezzo di carta in mano, questo mi basta*”. Non è così: dire “*questo mi basta*” significa crearsi dei problemi in seguito. Il ricorso alla forma scritta, anche quando non è richiesta dalla legge, pare motivata dalla tendenza difensivistica e spesso il paziente lo percepisce: “*il medico ha paura, insiste che firmi, e se il medico ha paura vuol dire che la mia situazione è molto grave e quindi anch'io devo aver paura: mi posso fidare di lui?*” Questo rende ulteriormente problematico il rapporto tra medico e paziente, innescando una spirale infernale, rischiando di diventare quasi dei nemici. «*Se il medico è così fortemente preso da questa esigenza documentale, o potremmo dire, probatoria, il paziente avverte questo disagio e questa potenziale conflittualità; questo clima non giova certo a quell'idilliaca alleanza terapeutica che invece dovrebbe essere lo scopo primo dei due interlocutori*». ⁶ Abbiamo quindi un **medico diffidente** ed un **paziente diffidente** e preoccupato: si inizia ad entrare nel vortice di quella che viene chiamata “*malasanità*” (*medical malpractice*). Gli articoli di giornale e le inchieste giornalistiche che trattano casi veri o presunti di malasanità sono ormai all'ordine del giorno. Il prof. Girolami ci ha presentato due casi di malasanità d'oltralpe, seguiti dalla stampa francese. Personalmente ve ne potrei mostrare altrettanti in area italiana. Spesso si legge che la malasanità è un problema del tutto italiano, *100% made in Italy*. L'intervento del prof. Girolami ci ha mostrato che non è così, ma noi italiani siamo abituati a sostenere che il peggio sta nell'orto di casa. Perché diciamo questo? Perché spesso i giornali preferiscono descrivere le situazioni peggiori, evidenziando sporadicamente le situazioni di normalità se non di eccellenza. Il perché è comprensibile. Se scrivo: “*il paziente è morto con un'assistenza eccezionale, in un reparto tutto proteso ad aiutarlo, ad assisterlo, ad accompagnarlo*”, è forse una notizia? Fa scalpore? No. Ma se scrivo: “*il paziente è morto in un reparto di incapaci, dove il medico anziché prestare il soccorso necessario stava pensando ai fatti suoi e l'infermiere era andato in pausa e c'erano anche gli scarafaggi in reparto*”, questa sì che è una notizia! Spesso vale la pena di creare le tinte fosche: il giornale si vende di più... e ci sono dei giornali, anche a livello cittadino, che vivono su questa guerra...

Di seguito riporto i dati di un Convegno del 2006, tenutosi presso l'Istituto tumori di Milano, promosso dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica. Ne ha fatto cenno il “*Corriere della Sera*” (18.09.06) e “*La Repubblica*” (23.10.06) che hanno pubblicato i seguenti dati, *sparando a zero*:

- 14.000 morti l'anno per errori della Sanità secondo l'Associazione Anestesiisti Rianimatori; 50.000 secondo Assinform;
- 320.000 pazienti danneggiati annualmente;
- 10 miliardi di euro di costi all'anno.

⁶ BILANCETTI M. – BILANCETTI F., *La responsabilità civile e penale del medico*, CEDAM, Foggia 2010, 377.

Ma chi come Umberto Genovese nel suo articolo «*Uno nessuno e centomila*», pubblicato sulla rivista *Management della Sanità* del 30 marzo 2008 ha considerato con maggior attenzione i dati, ha affermato, riferendosi ai ricorsi medico-legali, che i dati presentati dai media descrivono una situazione molto più critica del reale. Andiamo oltre. Abbiamo visto che la medicina è diventata quasi onnipotente (agli occhi della società), pur non ottimizzando l'aspetto del rapporto medico-paziente, anzi, generando criticità, sia tra i pazienti che tra i medici. Non ha caso si è diffuso a dismisura lo slogan *malasanità*.

Come uscirne?

Un primo tentativo sta nella *medicina difensiva*. In tal senso cito alcuni articoli stranieri, pubblicati a partire dal 1978:

- TANCREDI L. R. – BARONDESS J. A. (1978), «The Problem of Defensive Medicine», in *Science*, 200: 879-882;
- US CONGRESS, OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT (1994), *Defensive Medicine and Medical Malpractice*, OTA – H – 602, US Government Printing Office, Washington;
- STUDDERT D. M. ET AL. (2005), «Defensive Medicine among High-Risk specialist physicians in a Volatile Malpractice Environment», in *JAMA*, 293: 2609-2617;
- HIYAMA T. ET AL. (2006), «Defensive Medicine Practices among Gastroenterologists in Japan», in *W.J.G.*, 21, 12(47): 7671-7675.

La **definizione di medicina difensivistica** data dall'*Office of Technology Assessment* americano la sintetizza in questo modo:

- i pazienti hanno minore disponibilità ad accettare le complicanze o gli insuccessi connessi con la prestazione medica;
- sono sempre più frequenti le controversie giudiziarie che coinvolgono sia singoli medici che intere équipe.
- i medici si difendono,
 - proponendo esami, visite e trattamenti sanitari superflui;
 - rinunciando a prendere in carico pazienti ad alto rischio;
 - rifiutando di coinvolgersi in interventi chirurgici, procedure diagnostiche o terapeutiche innovative.

Quando i medici prescrivono extra test o procedure per ridurre la loro esposizione ad un giudizio di responsabilità per *malpractice*, essi praticano una *medicina difensiva positiva*. Quando essi evitano certi pazienti o procedure, praticano una *medicina difensiva negativa*.

La bibliografia italiana a riguardo è vasta. Elenco alcune tra le più recenti pubblicazioni:

- BELVEDERE A. – RIONDATO S., *Trattato di biodiritto. Le responsabilità in medicina*, Giuffrè, Roma 2011.
- BONINO F., *Complessità in medicina*, Plus, Pisa 2011.
- CAVICCHI I., *Medicina e sanità: snodi cruciali*, Dedalo, Bari 2010.
- ID., *Una filosofia per la medicina. Razionalità clinica tra attualità e ragionevolezza*, Dedalo, Bari 2011.

- FORTI G. ET AL., *Il problema della medicina difensiva. Una proposta di riforma in materia di responsabilità penale nell'ambito dell'attività sanitaria e gestione del contenzioso legato al rischio clinico*, ETS, Pisa 2010.
- GIROLAMI P., *La salute e le regole*, Centro Scientifico Editore, Torino 2010.
- MARIOTTI P. ET AL., *La medicina difensiva. Questioni giuridiche, assicurative, medicolegali*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna 2011.
- ZAGRA A. ET AL., *Medicina legale orientata per problemi*, Elsevier, Milano 2011.

Passiamo all'**incidenza del fenomeno**. Estrapoliamo alcuni dati relativi ad un certo numero di **medici intervistati sull'argomento**. I risultati sono stati pubblicati nell'opera «*Il problema della medicina difensiva*»⁷:

- 90,5%: almeno un comportamento di medicina difensiva durante l'ultimo mese di lavoro;
- 77,7%: esami di laboratorio non necessari, nell'ottica difensivistica;
- 72,8%: registrazioni inutili nella cartella clinica;
- 67,3%: richieste consulenze specialistiche non necessarie;
- 64,1%: prescritto esami invasivi inutili (*es.* fare esami invasivi negli hospice, dove i pazienti vengono accompagnati alla morte e quindi non ha alcun senso fare una Tac o esami invasivi);
- 63,3%: richiesto ricovero su pressione dei familiari;
- 61,2%: richiesto ricovero nonostante il paziente potesse essere gestito ambulatorialmente;
- 51,8%: enfatizzato alcuni aspetti clinico anamnestici per motivare la congruità della diagnosi (peggiorata, almeno per iscritto, la situazione per giustificare ricoveri inopportuni, ecc.).

Queste le giustificazioni addotte:

- 69%: timore di un contenzioso medico-legale;
- 50,4: timore di ricevere richiesta di risarcimento;
- 50,2%: timore di sbagliare per stanchezza e superlavoro (quest'aspetto dovrebbe essere valutato con una certa serietà; per certi versi è il più giustificabile: la paura di sbagliare per evitare l'attimo di distrazione, avendo pochi minuti da dedicare a ogni paziente; l'esame in più aiuta il medico ad ottenere delle conferme);
- 50%: influenza di precedenti contenziosi occorsi ai colleghi;
- 34,3%: esperienze personali di contenziosi;
- 26,4%: timore di ricevere una pubblicità negativa al proprio reparto (la *fama negativa* data dai media);
- 21,2%: timore di incorrere in sanzioni disciplinari/amministrative.

Cito un'interessante inchiesta dell'Ordine dei medici di Roma condotta nel 2010 dal prof. Aldo Piperno dell'Università di Napoli su tutto il territorio nazionale. Sintetizzo i risultati:

- in Italia la spesa sanitaria pubblica e privata si aggira attorno ai 134 miliardi di euro (109 pubblici e 25 privati);

⁷ FORTI G. ET AL., *Il problema della medicina difensiva. Una proposta di riforma in materia di responsabilità penale nell'ambito dell'attività sanitaria e gestione del contenzioso legato al rischio clinico*, ETS, Pisa 2010.

- quasi 13 miliardi sono spesi per prestazioni che non servono, prescritte con l'unico scopo di cautelarsi dal rischio di denunce future (11.8% della spesa sanitaria pubblica e privata), come evidenziato dal dottor Donadio. Non è un'inezia;
- il 78,2 % dei medici intervistati si sente oggi più a rischio di ricevere un esposto o una denuncia rispetto al passato;
- il 65,4% si sente sotto pressione nella pratica clinica di tutti i giorni.

Questo cosa comporta?

Un ***abuso di farmaci*** che incidono per il 3,7% della spesa sanitaria:

- il 53 % dei medici dichiara di prescrivere farmaci per ragioni di medicina difensiva (13% circa del totale);
- il fenomeno è più accentuato presso i medici giovani, quelli di assistenza primaria, in chirurgia, ostetricia-ginecologia, ortopedia e medicina di urgenza, residenti nelle regioni del sud e delle isole.

Le ***visite specialistiche inutili*** corrispondono al 2,4% della spesa sanitaria:

- il 73 % e oltre dei medici dichiara di prescrivere visite specialistiche per ragioni di medicina difensiva (21% del totale);
- il fenomeno è più accentuato presso i medici fino a 44 anni d'età, in assistenza primaria, medici ospedalieri, in medicina interna, in nefrologia-urologia, neurologia e neurochirurgia, ortopedia, ostetricia-ginecologia e medicina di urgenza, residenti nelle regioni del sud e delle isole.

Gli ***esami di laboratorio inutili*** corrispondono allo 0.8% della spesa sanitaria:

- Il 71% dei medici dichiara di prescrivere esami di laboratorio per ragioni di medicina difensiva (21% circa del totale);
- Il fenomeno è più accentuato presso i medici ospedalieri pubblici, in assistenza primaria, chirurgia, medicina interna, nefrologia-urologia, ortopedia, ostetricia-ginecologia e medicina d'urgenza, residenti nelle regioni del sud e delle isole.

Gli ***esami strumentali inutili*** corrispondono allo 0,8% della spesa sanitaria:

- il 75,6% dei medici dichiara di prescrivere esami strumentali per ragioni di medicina difensiva (22,6 % circa del totale);
- il fenomeno è più accentuato presso i medici ospedalieri, in assistenza primaria, chirurgia, medicina interna, nefrologia-urologia, ortopedia, ostetricia-ginecologia e medicina d'urgenza, residenti nelle regioni del sud e delle isole.

I ***ricoveri inutili*** corrispondono al 3,2% della spesa sanitaria:

- il 49,9% dei medici dichiara di prescrivere ricoveri per ragioni di medicina difensiva (11% circa di tutte le prescrizioni);
- il fenomeno è più accentuato presso i medici giovani, i medici di ospedale pubblico, in cardiologia, chirurgia, medicina interna, ostetricia-ginecologia e medicina d'urgenza, residenti nelle regioni del sud e delle isole.

Cerchiamo dunque di chiarire il seguente aspetto: **la medicina difensiva è, necessariamente, accanimento?** L'accanimento terapeutico è il tentativo d'opporci con mezzi sproporzionati al processo fisiologico della morte, prolunga l'agonia che diventa lunga, sfiancante e dolorosa. Questo è rifiutato dall'art. 16 del codice di deontologia medica e dall'art. 36 del codice degli infermieri. Tuttavia è bene specificare che **la medicina difensiva non si configura necessariamente come forma di accanimento terapeutico**. Se in un hospice faccio fare una Tac ad un paziente terminale, posso dire d'aver prolungato con mezzi sproporzionati il processo fisiologico della morte? No. Esso rientra nella futilità, questo sì, ma non è necessariamente accanimento. In generale, non è detto che una medicina difensivistica sia accanimento. Indagini diagnostiche, consulenze specialistiche, ricoveri non necessari non hanno tendenzialmente lo scopo di opporsi al processo fisiologico della morte, ma di evitare successive denunce per scarso intervento. Le prescrizioni inutili autorizzano il medico a difendersi anticipatamente permettendogli di sostenere che ha fatto tutto il possibile.

Altro aspetto importante sta nel considerare il Sistema Sanitario in rapporto alla medicina difensivistica. **Un medico ricorre alla medicina difensivistica anche per osservare determinati pronunciamenti giurisprudenziali o indicazioni amministrative. Aggiungo che talvolta la struttura sanitaria stessa, e non il singolo medico, propone delle esagerazioni**. Se è vero che il singolo operatore sanitario si difende, è altrettanto vero che la struttura sanitaria nel suo complesso tende a difendersi per **evitare una perdita di utenza**. Pertanto, la struttura deve emanare, a livello amministrativo e disciplinare, delle regole per evitare problemi, non tanto al singolo operatore sanitario quanto alla struttura stessa. Questo è in qualche misura valorizzato da alcuni articoli del codice di deontologia medica (2006), ovviamente interpretati in maniera difensivistica:

- **art. 68:** «[...] 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 [...]»;
- **art. 69:** «Il medico che svolge funzioni di direzione sanitaria nelle strutture pubbliche o private ovvero di responsabile sanitario in una struttura privata 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. [...]»;
- **art. 70:** «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».

Si è detto che la medicina difensivistica opera per evitare le ripercussioni giudiziarie così come per evitare la malasania. Tuttavia, spesso la medicina difensivistica ricade nella malasania. Cito un caso per tutti, tratto da MARIOTTI P. ET AL., *La medicina difensiva. Questioni giuridiche, assicurative, medico-legali*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna 2011, 46-47:

- donna di 34 anni alla seconda gravidanza;
- alla 26ma settimana: diagnosi di ipoplasia renale fetale;
- alla 28ma settimana si propone l'anticipazione del parto, la gestante rifiuta;
- in seguito si riscontra la morte endouterina del feto e si propone di procedere con l'induzione all'espulsione naturale del feto;

- la gestante rifiuta non sopportando l'idea di assistere alla venuta alla luce del feto morto e richiede il taglio cesareo. Il cesareo, procedura chirurgica non priva di rischi, è giustificato per garantire la salvaguardia della vita e della salute del nascituro o per evitare rischi alla donna (non aveva pertanto indicazioni plausibili in questo caso, se non di carattere psicologico). ***Venne praticato per volontà della donna determinata a sovvertire un corretto itinerario decisionale. Fu motivato dalla determinazione dei medici d'evitare ripercussioni negative a sfondo legale a fronte di un contrasto con la paziente;***
- l'anestesia provoca complicanze cardiocircolatorie con conseguente grave emiparesi di sx che si stabilizza con una forma emiparetica di media gravità. Il tutto si sarebbe potuto evitare con un parto 'naturale', essendo un dato di fatto la morte del feto. Di fatto, questi medici non hanno agito nell'interesse della donna, assecondandola. Si torna quindi a parlare di malasana, in questo caso generata dal difensivismo.

Una proposta di soluzione è quella basata sulla cosiddetta "***Evidence Based Medicine***", la quale pone delle ***linee guida*** che possono apparire un toccasana (mi rifaccio all'esempio del prof. Girolami: quel dato paziente poteva essere dimesso dopo nove giorni sulla base delle linee guida previste per quella data patologia). Propongo una definizione di entrambi i termini:

- ***Evidence Based Medicine***: «uso esplicito e coscienzioso delle migliori evidenze (prove di efficacia) biomediche al momento disponibili al fine di prendere decisioni per l'assistenza del singolo paziente».⁸
- ***Linee guida***: «raccomandazioni elaborate a partire da una interpretazione multidisciplinare e condivisa delle informazioni scientifiche disponibili, per assistere medici e pazienti nelle decisioni che riguardano le modalità di assistenza appropriate in specifiche circostanze cliniche».⁹

Vi sono dunque dei paletti all'interno dei quali l'operatore sanitario può muoversi ed essere abbastanza tranquillo, ma solo in apparenza. Nelle linee guida si trattano innumerevoli argomenti. Il Piano Sanitario Nazionale, all'art. 1,10 delle "*Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*", indica:

- le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle disuguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;
- i livelli essenziali di assistenza sanitaria da assicurare per il triennio di validità del Piano;
- la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza;
- gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio Sanitario Nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovra-regionale;
- i progetti-obiettivo da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali;

⁸ SACKETT D. L. ET AL., in BMJ 313 (1996), 71-72.

⁹ GRILLI R. ET AL., «Le linee guida: caratteristiche e requisiti generali», in LIBERATI A. ET AL., *Migliorare la pratica clinica*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1995, 21-32.

- le finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria, prevedendo altresì il relativo programma di ricerca;
- le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale, nonché al fabbisogno e alla valorizzazione delle risorse umane;
- le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza;
- i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.

Queste linee guida contribuiscono effettivamente a migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie? Possono costituire un valido aiuto per i medici, ma possono anche provocare la ricaduta nella medicina difensiva e causare imputazioni per condotta colposa. Il caso precedentemente presentato è, in tal senso, esemplificativo. In definitiva:

- le linee guida contribuiscono a migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e possono costituire un utile aiuto valido per i medici chiamati a gestire le concrete situazioni cliniche;
- possono però provocare la ricaduta nella medicina difensiva e causare imputazioni per condotta colposa quando sono utilizzate in maniera acritica.

Qual è la miglior strategia?

Innanzitutto ricordarsi che la medicina non è onnipotente:

*«La medicina, benché tecnologizzata, conserva ancora una forte componente di “arte” cioè la personalizzazione che ogni medico conferisce al suo agire in ciascun caso singolo sulla base della propria esperienza e della propria sensibilità professionale. I protocolli pertanto non possono avere un valore imperativo».*¹⁰

Inoltre:

*«Le virtù senza tempo del buon senso e della capacità di osservazione potranno trionfare sulla superficiale frenesia del presente, anche grazie alla riaffermazione del rapporto umano e personale tra medico e paziente. Il medico di fiducia ascolta con attenzione quello che gli viene detto e ricorre solo agli esami clinici realmente necessari alla diagnosi. Resta nei limiti del problema che ha di fronte e non si concede escursioni nel campo dei consigli gratuiti o inopportuni. Riconosce i limiti dell'intelletto umano e i limiti pratici di ciò che la medicina può legittimamente sperare di raggiungere».*¹¹

Aggiungo una terza considerazione, apparentemente banale, ma oggi sottovalutata: **ricordarsi che la vita dell'uomo ha due momenti che non si possono evitare, la nascita e la morte.** Vi sono situazioni inevitabili, come la condizione effettiva di finitezza dell'essere umano, in ogni senso, medicina inclusa. In molti casi quello che resta da fare è accompagnare verso la morte, lasciando in pace il paziente, evitando gli eccessi che non servono o possono essere dannosi.

Questo ci impone una riflessione spesso misconosciuta nella nostra società: **chi è la persona? Chi è il paziente-persona?** Non di rado in ospedale ci si occupa non tanto della persona, quanto della malattia. Pertanto, il *signor Mario Rossi* diventa un caso clinico. Si privilegia la dimensione corporale

¹⁰ INTRONA F., «Metodologia medico legale nella valutazione della responsabilità medica per colpa», in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 1996, 1323, cit. in BILANCETTI M. – BILANCETTI F., *La responsabilità civile e penale del medico*, CEDAM, Foggia 2010, 684.

¹¹ LE FANU J., *Ascesa e declino della medicina moderna*, Vita & Pensiero, Milano 2005, 483.

e non quella olistica: siamo corpo ma siamo anche spirito. Dobbiamo quindi interagire in tutti gli ambiti, non solo in quello della patologia.

Vi propongo alcune affermazioni tratte dal libro di Giovanni Russo, *«Il medico»*¹²:

- *«Il centro della medicina deve essere il paziente come persona, non la malattia»;*
- *«Un paziente è un essere con la sua storia, un suo cammino, i suoi stili di vita, le sue situazioni personali»;*
- *«Il medico non è un “sarto del corpo” chiamato a ricucire gli squarci delle intemperie della vita, né un abile “idraulico” di una fisiologia alterata»;*
- *«Il medico è il professionista della cura della salute, cioè un conoscitore dell’uomo, perché la salute umana non è qualcosa che non funziona, ma “qualcuno”, un soggetto personale e sofferente».*

Privilegiamo quindi tutti gli studi e le attenzioni sull’umanizzazione della medicina! Questo significa ascolto, comprensione. Significa creare l’alleanza, l’empatia.

*«Accompagnare un malato è esserci, è prossimità e comprensione dello stato che il malato vive, è quasi un affrontare insieme il problema, è uno stato nel quale soffriamo con l’altra persona e ci sentiamo profondamente coinvolti».*¹³

Se il paziente e i familiari percepiscono che il medico è profondamente coinvolto, forse eviteranno la denuncia unitamente a tutte quelle difficoltà ad essa correlate.

Vi ringrazio per la vostra cortese attenzione.

¹² RUSSO G., *Il medico. Identità e ruoli nella società*, LDC, Leumann, 2004.

¹³ *Ibidem*

DIBATTITO

Prof. Enrico Larghero:

Ringrazio il prof. Zeppugno per la sua relazione – chiara ed esaustiva – nonché per i testi che ci ha segnalato. I convegni costituiscono anche dei momenti opportuni per segnalare materiale bibliografico su cui lavorare. Fra le svariate citazioni tratte da testi significativi sul tema, vi è questa di Luigi Ficarra, «*L'etica del consenso informato*»:¹⁴

«Il formidabile progresso che la medicina ha registrato negli ultimi decenni in campo scientifico e tecnologico, oltre che la sua divulgazione mediatica (non sempre veritiera e proporzionata alla reale importanza delle scoperte) hanno, senza dubbio, pagato il prezzo più alto in termini di esagerata sopravvalutazione del potere curativo della pratica medica; il che ha portato quasi a dimenticare la finitezza della natura umana ed il suo limite temporale posto dall'inevitabile evento della morte. [...] in questo contesto mi sembra che la costante problematizzazione (e intrinseca problematicità) della comunicazione col malato e del suo consenso rappresenti abbastanza realisticamente i termini del "problema umano" in cui si dibatte il contemporaneo rapporto medico-paziente».

Nelle precedenti relazioni si è spesso parlato di etica. Effettivamente una impostazione dettata dall'etica potrebbe sembrare la risposta, non certo l'unica, ma senz'altro una delle più fondative di quella che è la via per uscire dalla medicina difensivistica. Una società basata sulla libertà intesa nelle sue declinazioni particolari – individualistica ed egoista – partorisce sicuramente un clima nel quale le relazioni fra le persone non sono fondate sulla fiducia. Conseguentemente, la relazione tra un operatore sanitario e un paziente vive di quest'atmosfera. Sulla base di queste considerazioni rivolgiamo tre domande ai nostri relatori. Molti dei problemi che hanno i medici, e molte delle cose che fanno (tra cui la medicina difensivistica, che può diventare accanimento terapeutico) hanno come base un atto di sfiducia nei confronti della magistratura. Il magistrato viene percepito come un soggetto da cui devo difendermi, così che il medico fa medicina difensivistica perché deve difendersi da...

Questa sfiducia ci appartiene, permea la nostra stessa essenza. Senza entrare nei casi particolari, chiedo al prof. Girolami: il magistrato che criteri adotta, o meglio, adotta dei criteri etici o dei criteri unicamente di natura giuridica? Applica la legge *tout court* o ci mette *del suo*?

Prof. Paolo Girolami:

Il *Codice di Giustiniano* dà la seguente definizione di Diritto: *è l'arte del buono e del giusto*.

Ciò significa che il buono e il giusto preesistono alla nozione di diritto. Poiché il buono e il giusto trovano nella nozione di equità una sintesi perfetta, e poiché tutti gli esseri sono in relazione tra loro e con le cose che li circondano, possiamo affermare che il diritto è l'arte della conoscenza della relazione giusta, cioè realizzata secondo equità (*juris prudentia*).

Il termine giusto e il termine equo sono pertanto interscambiabili.

¹⁴ Luigi Ficarra, *L'etica del consenso informato – riflessioni per il medico e il paziente*, Il pozzo di Giacobbe, TP, 2011.

Il magistrato, in quanto operatore del diritto, non ‘inventa’ cos’è buono e cos’è giusto, ma lo ricerca all’interno delle relazioni umane, e, per quanto attiene all’ambito medico, sia all’interno della relazione del medico col paziente, sia all’interno della relazione del medico con lo strumento che quest’ultimo si trova ad utilizzare.

Tenuto conto che la relazione giusta è debitrice di una regola attraverso la quale gli oneri e i vantaggi che la società offre ai suoi componenti debbono essere equamente ripartiti, possiamo aggiungere che il magistrato è il servitore di una regola di equità, che essendo volta ad ordinare dei rapporti, merita l’appellativo di norma.

Quindi il magistrato è colui che fa della conoscenza del diritto, in quanto arte del buono e del giusto, l’oggetto della propria ricerca e laddove le relazioni siano caratterizzate da iniquità, applicando la norma, con l’autorità che gli è conferita dalla sua conoscenza, è in grado di ristabilire il giusto rapporto.

Queste semplici considerazioni ci permettono di comprendere la posizione del magistrato nei confronti della norma e della posizione della norma nei confronti del diritto.

Il magistrato si avvale della norma per realizzare lo scopo del diritto: conferire alla relazione la prerogativa di relazione giusta. Il diritto si avvale del magistrato per portare a compimento lo scopo della norma: la realizzazione tra gli uomini del buono e del giusto.

Per meglio comprendere quanto si è detto proviamo a fare un esempio.

Pensiamo al messaggio evangelico ponendoci la domanda “*Chi è il padrone del sabato?*”. Secondo la Bibbia il sabato è il giorno festivo dedicato non alla produzione o all’utilizzo dei beni materiali ma alla pura contemplazione spirituale.

Il rispetto del sabato è quindi una regola che si propone di stabilire un giusto rapporto tra le cose materiali e quelle spirituali.

Ma come ogni regola deve essere applicata e per poter godere dell’appellativo di regola giusta deve essere applicata secondo un criterio di giustizia.

La regola necessita quindi di un soggetto che la renda operante all’interno di una relazione umana che già esiste (tutti gli esseri sono già in relazione tra loro). Per renderla operante è cioè necessario un soggetto che conosca la regola e cerchi di comprendere le modalità attraverso le quali l’applicazione della regola stessa possa garantire agli esseri in relazione una giusta ripartizione di beni.

Questo soggetto incarna il *principio di terzietà*: è l’altro che guarda con occhio imparziale l’interagire degli esseri in relazione e li soccorre nel caso in cui la relazione sia affetta dal male dell’ingiustizia.

Il magistrato è pertanto colui che si propone di studiare il giusto rapporto, e talora anche contravvenendo alla formalità della regola, ristabilisce la relazione secondo un principio di equità, cioè di giustizia.

In riferimento al sabato possiamo allora ben comprendere l’insegnamento evangelico: il sabato, cioè la norma, è al servizio dell’uomo e non l’inverso; è lecito infrangere la norma quando il bene della giustizia lo esige. Per esempio salvare, nel giorno di sabato, l’unica pecora caduta nel pozzo.

Nel corso della storia, il magistrato è stato visto spesso come colui che detiene un potere di vita e di morte sulle persone e questo potere in genere gli derivava da un sovrano o da uno stato che non gli chiedevano tanto di applicare la giustizia secondo un’ottica di equa ripartizione dei beni, ma piuttosto di conservare il potere di chi già lo deteneva.

Questo retaggio storico conferisce ancor oggi al magistrato l’aspetto di un essere temibile.

Ma come si è detto, secondo una corretta interpretazione del diritto, il magistrato, in quanto operatore del diritto, non deve essere visto come colui che minaccia e irroga delle pene ma piuttosto come colui che soccorre gli uomini nella loro ricerca della giustizia e provvede alle vittime di un'ingiustizia.

Ritengo, sulla base della mia esperienza, che non si debba aver paura dei magistrati: il magistrato è la persona che valuta con l'imparzialità che gli è data di poter utilizzare.

Saranno le parti, i singoli contendenti, ad esprimere la loro posizione. Il magistrato è chiamato invece a stabilire la giusta distanza, la giusta relazione, che è una relazione fundamentalmente etica. **Ricœur afferma che la strada maestra per arrivare alla giustizia, all'idea della giustizia, è l'ingiustizia.** "Che ingiustizia mi hanno fatto! Di che ingiustizia sono vittima!" Questa è la strada maestra per comprendere cosa sia la giustizia. Il magistrato si trova chiamato in causa perché coloro che si rivolgono a lui si sentono vittime di un'ingiustizia.

Il timore dei professionisti della salute nei confronti dei magistrati è ingiusto: i medici e gli infermieri effettivamente condannati sono una minima percentuale rispetto ai casi di *malpractice* denunciati sui giornali o di cui gli stessi pazienti si sentono vittime.

Dal punto di vista medico-legale ho trovato enormi difficoltà, in casi eclatanti di responsabilità professionale, nel dimostrare una colpa medica perché spesso è molto difficile che dei medici, soprattutto di altissimo livello, vengano chiamati in causa per una loro colpa professionale, proprio in virtù della loro posizione. Il paziente effettivamente maltrattato si trova talora in difficoltà nel dimostrare la responsabilità di un professionista della salute. Questi può difendersi molto più facilmente dall'accusa di essere l'autore di un atto imperito, imprudente o negligente poiché possiede gli strumenti culturali per potersi ben difendere. Di fronte a questa situazione il magistrato può essere talora portato ad assumere le difese di una vittima. Se c'è di mezzo un bambino o più in generale una persona che assume il ruolo processuale di vittima e ha la possibilità di dimostrare che è tale, di solito il magistrato è portato a parteggiare per la parte più debole. Teniamo anche conto che il professionista della salute non agisce mai volontariamente contro il paziente, ma sempre nell'interesse del paziente. Il magistrato si trova così a doversi districare all'interno di una situazione alquanto complessa. L'etica del magistrato è quindi tutta protesa a stabilire i giusti rapporti secondo un criterio di assoluta imparzialità.

Ciò significa, in una logica processuale volta a dimostrare e risarcire un danno ingiusto, che quando un soggetto è riconosciuto colpevole, possa essere chiamato a risarcire il danno. Come ben diceva il dottor Donadio, in campo medico il problema della responsabilità non sta tanto nella condanna penale del medico o di altro professionista della salute, che fortunatamente sono eventi piuttosto rari, quanto piuttosto nell'onere loro derivante dalle spese del risarcimento del danno, delle spese giudiziarie e di difesa. Detto per inciso, per una logica di giustizia, quando il professionista opera per conto di terzi, quindi non in regime libero professionale, questi oneri non dovrebbero gravare interamente sulle spalle del professionista, come invece spesso accade, e la tutela giudiziaria dovrebbe essere posta a carico del committente, cioè del datore di lavoro.

In definitiva, l'etica del magistrato consiste nel riconoscersi umile ricercatore all'interno di una situazione, in cui la giustizia è già presente ma dev'essere portata all'attenzione delle persone che sono tra loro in relazione.

Cito in ultimo una novità nel campo della responsabilità medica: da marzo 2011 vige un *sistema di mediazione obbligatoria* per cui, nel caso di responsabilità professionale in campo sanitario, non si potrà più procedere nella richiesta di un risarcimento senza passare per una via extra giudiziale ob-

bligatoria e, in virtù di questa mediazione, si potrà evitare la contesa di fronte al magistrato. Resta infatti aperta la via giudiziaria, ma grazie a questo circuito obbligatorio le parti si confronteranno preliminarmente con un mediatore indipendente che valuterà le reciproche posizioni dei contendenti e proporrà, laddove sia necessaria, una soluzione risarcitoria. Quindi, sarà suo compito riconoscere, là dove non c'è colpa, la piena innocenza dei professionisti, ma riconoscere altresì, là dove c'è stata una colpa, il diritto della vittima, magari fortemente lesa da un trattamento sanitario, di essere risarcita.

Questa è la giustizia e questa è l'etica. *Non dobbiamo mai dimenticare che il diritto è tutto ricompreso nell'etica e l'etica è tutta ricompresa nel diritto.* Non sono due mondi separati, bensì due facce diverse di un medesimo modo di relazionarsi con l'altro. Un prendersi cura dell'altro. Grazie.

Prof. Enrico Larghero:

Ricordo quanto ha detto il dottor Donadio nella sua relazione: *“il collega mi manda un malato in rianimazione perché ritiene vi siano i presupposti per lasciare il reparto ed essere trasferito in area critica”*. Forse, in quel momento, il medico di reparto sta facendo medicina difensivistica. La domanda è questa: partendo dai presupposti ampiamente trattati nelle tre relazioni, possiamo dire di essere a un punto di non ritorno oppure si possono apportare dei correttivi atti a rifondare un rapporto basato sulla fiducia e sull'alleanza?

Prof. Pier Paolo Donadio:

Il medico che manda un malato terminale in rianimazione solo per poter dire alla famiglia *“noi non riusciamo più a far niente, ma abbiamo chiamato i rianimatori, sicuramente loro potranno fare qualcosa”*, sta ovviamente adottando un atteggiamento difensivistico che, tra l'altro, ci mette in grave difficoltà non conoscendo noi la storia del paziente in questione. Se l'ematologo ha gli elementi per sapere che quella tale malattia maligna del sangue non può guarire, noi non li abbiamo nell'immediato e quindi non possiamo non prenderci in carico quel paziente. Inoltre, non abbiamo nessuna relazione con la famiglia. Perché se fossi un ematologo avrei spiegato ai familiari, argomentando in modo chiaro le mie spiegazioni, che il loro caro morirà in ogni caso, in reparto o in rianimazione, ma in rianimazione morirà ancor più in solitudine. Personalmente ritengo vi siano dei deboli, ma importanti segnali di cambiamento. Condivido un piccolo segno di speranza, fra l'altro recente. Alle Molinette abbiamo fatto una riunione con un reparto medico, affrontando il seguente problema: nel cuore della notte un paziente peggiora; viene chiamato il rianimatore il quale non sa nulla di quel paziente; comincia un trattamento nell'acuzie; il paziente viene trasferito in terapia intensiva. Ebbene, ci siamo accordati su talune parole chiave da indicare in cartella, evidenziandole in giallo di modo che se il medico di guardia – che è di un altro reparto (sono i cosiddetti interdivisionali): un paziente del reparto A sta male; di guardia è un medico del reparto C che viene attivato dalla chiamata dell'infermiere del reparto A – legge in cartella *“morente”* evidenziato in giallo, sa che non è necessario il trasferimento in area critica. Parallelamente alla regola che ci siamo fissati,

viene naturalmente resa edotta la famiglia circa lo stato di salute del loro parente e dell'inutilità di un trasferimento in area critica. Nel caso si chiami comunque un rianimatore, lo si farà solo perché la famiglia sia confortata da un secondo parere, visto che in questi casi non vi è purtroppo alcuno spazio di manovra in favore del miglioramento delle condizioni del paziente.

Quando affermavo che sarà l'etica a salvare l'economia sanitaria intendevo dire questo: l'etica costringerà ad operare una serie di riflessioni che, partendo da ciò che è il vero interesse del paziente, avranno una ricaduta in termini positivi sulla futilità. Inoltre, il pensiero etico deve trasformarsi in un momento di autocoscienza. Il prof. Zeppegno lo ha affermato in maniera sintetica ma esemplare. Due fattori non si possono evitare: la nascita e la morte. Grazie.

Prof. Enrico Larghero:

Una domanda per il prof. Zeppegno. Il prof. Girolami ci ha ricordato che i magistrati non applicano la legge "*nuda e cruda*", ma sono sostenuti anche da una connotazione etica. Il dottor Donadio ci ha confortato con questa piccola luce di speranza, per cui certi atteggiamenti terapeutici potranno mutare. Qualora si ritenga che la via maestra sia l'etica, dobbiamo tuttavia considerare il fatto che viviamo in una società plurale, multiculturale e multi-etnica nella quale non vi è un'etica riconosciuta di riferimento, ma vi sono molte etiche. *Quale potrebbe essere il comune denominatore per un'etica condivisa?*

Prof. Giuseppe Zeppegno:

Ha perfettamente ragione il prof. Larghero nell'affermare che la questione etica è una questione complessa. L'etica rischia a volte di essere come una scatola vuota. Mi spiego. Una persona può affermare che un determinato comportamento è etico, dal suo punto di vista. Ma un'altra persona può dire che dal punto di vista opposto il suo comportamento è etico. Faccio un esempio eclatante. Alcuni affermano che è opportuno, in determinate situazioni, somministrare una quantità considerevole di analgesici per non far soffrire. Altri vogliono la stessa cosa ma usano un'altra strategia: somministrano farmaci in misura tale da anticipare la morte. Sull'etica e sulle etiche si potrebbe discutere all'infinito. Avanzo la mia proposta: ci sarà un'autentica etica nel momento in cui si cercherà il vero bene del paziente, non dei pazienti in generale perché, per grazia di Dio, ciascuno ha la sua soggettività che va interpretata, compresa. Una persona può dire "*a me va bene vivere anche in situazioni estreme*", un'altra "*in certe situazioni per me è impossibile vivere*". Non è opportuno generalizzare. È invece necessario sforzarsi di comprendere, discernere attraverso la relazione col paziente e i suoi familiari il vero bene per quel determinato paziente. Se procederò in questo modo avrò sviluppato un'autentica etica. Allora diventerà etico in alcuni casi applicare la desistenza terapeutica, che non significa abbandonare il malato ma cercare di accompagnarlo senza nessun accanimento terapeutico fino alla naturale evoluzione della sua vita terrena. Grazie.

Domanda al prof. Donadio da parte di un infermiere di area critica:

Come operatore infermieristico posso avere una mia idea di desistenza se sono gestito da un dottore che non ne vuole sentir parlare per questioni legate al difensivismo? Come se ne esce? Nel vostro reparto avete concordato e codificato delle prassi e dei momenti formativi che coinvolgano tutti?

Prof. Pier Paolo Donadio:

Rispondo facilmente alla seconda domanda: no, perché non ne abbiamo il tempo, ma ne parliamo spesso in area critica. Abbiamo anche noi, a livello medico, il problema della non uniformità dei pareri laddove per prendere queste decisioni bisogna invece essere concordi. Ancor più complessa, e non ho una risposta da darle, è la posizione dell'infermiere. È una questione delicata, me ne rendo conto. Due anni fa un'infermiera è stata imputata di omicidio volontario semplicemente per aver seguito quelle che erano le procedure abituali di quel reparto su quel certo tipo di pazienti. Un medico non condivideva quelle procedure e l'ha denunciata. L'infermiera non è stata rinviata a giudizio, ma l'accusa era di omicidio volontario, non colposo! C'è ancora molta strada da fare. Mi rendo conto che non sto rispondendole, seppur il problema da lei evidenziato sia reale. La sinergia medico-infermieristica è un dato di fatto. Gli infermieri odierni sono ben altra cosa rispetto a un tempo, hanno un corso di studi alle spalle, un'esperienza, una voce in capitolo per cui di fatto devono diventare degli interlocutori. Altro aspetto è che qualunque tipo di decisione importante, non solo di desistenza, dev'essere assunta da un gruppo che la condivide in toto. Si deve quindi lavorare sino a quanto la condivisione è totale. È un'autoeducazione che dobbiamo sviluppare.

Prof. Enrico Larghero:

Ringrazio i tre relatori. Siccome l'etica in una società come la nostra passa anche attraverso i mass media, è pleonastico affermare che anch'essi dovrebbero contribuire a creare un clima più sereno, più disteso affinché le relazioni coi nostri malati non siano fondate sul pregiudizio. Troppo spesso i malati giungono negli ospedali prevenuti, influenzati da un clima mediatico che non predispone bene il rapporto medico-paziente. Siamo in procinto di pubblicare una rivista di bioetica online: sarà un ulteriore strumento per dividere e condividere insieme queste tematiche. Chiamo il dottor Fabrizio Fracchia per le conclusioni.

CONCLUSIONI

Dottor Fabrizio Fracchia

Nelle tre dense e complete relazioni che oggi abbiamo ascoltato, è stata più volte richiamata l'alleanza terapeutica. Mi permetto di ricordare la definizione che ne dà la *Carta degli Operatori Sanitari*: «l'attività medico-sanitaria si fonda su una relazione interpersonale, di natura particolare. Essa è: “**un incontro tra una fiducia e una coscienza**”. La “**fiducia**” di un uomo segnato dalla sofferenza e dalla malattia e perciò bisognoso, il quale si affida alla “**coscienza**” di un altro uomo che può farsi carico del suo bisogno e che gli va incontro per assisterlo, curarlo, guarirlo. Questi è l'operatore sanitario. Ma **la medicina moderna rischia di separare conoscenza scientifica, competenza tecnica e relazione umana**. L'esito non voluto è la perdita dello scopo stesso della professione e della possibilità di soddisfazione nel lavoro. La condivisione del bisogno è la condizione per rispondere adeguatamente alla domanda di salute e provare nuovamente gusto per la propria professione. Oggi, però, c'è il pericolo che l'alleanza terapeutica tra medico e paziente si trasformi in un rapporto di diffidenza, spingendo i medici a mettere in campo la medicina difensiva, che è dannosa per tutti. È un problema di cultura e ancor prima di educazione a riscoprire da una parte un sano rapporto col proprio corpo che decade – e non è colpa di nessuno –, che non è come lo vorremmo, ma non per questo si deve pretendere il “**ritocchino salvifico**”. Bisogna prendere atto della propria finitudine e della propria fragilità, come ben sosteneva il prof. Zeppegno.

Per quanto riguarda il medico, va riscoperto l'impeto del curare, messo a dura prova dal timore di essere tacciati di accanimento terapeutico. Vi è inoltre il timore che salvare un paziente finisca per essere additato come un danno, da rimborsare dopo anni di udienze e spese legali.

Quali le vie di uscita?

Occorre comprendere che la medicina non è una scienza immune da rischi, neanche quando si utilizzano le tecnologie più sofisticate e ci si rivolge al migliore medico e alla più eccellente struttura. Il rischio zero, in medicina, non esiste, qualsiasi sia la tecnologia che si utilizza e l'operatore sanitario che la utilizza. Ricordo, a questo proposito, il Convegno dell'anno scorso, «*L'errore in Medicina*». Ritengo che la giusta prosecuzione di quel Convegno sia proprio questo sulla medicina difensivistica. Le vie di uscita sono, a mio avviso, le seguenti:

- promuovere la creazione di un ambiente di lavoro decolpevolizzante, che promuova la cooperazione, la collaborazione e la diffusione delle informazioni;
- utilizzare la parola “*malasanità*” quando è davvero tale. Non si parli di “*malasanità*” per ogni errore, che in ogni professione purtroppo inevitabilmente accade, così che ogni accusa non si tramuti in un processo e ogni errore non si tramuti automaticamente in colpa.

Due sono le modalità più interessanti e forse più produttive per contrastare l'uso della medicina difensiva e per rispondere alle attese dei cittadini:

- la prima applica percorsi diagnostici e protocolli terapeutici condivisi e trasparenti. Si tratta della **Medicina basata sulle evidenze (EBM, Evidence-Based Medicine)**: l'uso coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori prove nel prendere decisioni. La EBM non racchiude in sé tutta la medicina che strabocca per quel tanto di soggettivo, di unico ed irripetibile che esprime la persona malata.
- la seconda modalità, solo in apparenza dissonante con la prima, valorizza il momento della comunicazione con i soggetti coinvolti e può essere definita **Medicina basata sulla narrazione**

(*NBM, Narrative-Based Medicine*). A tal proposito segnalo la seguente opera: «*Bioetica e medicina narrativa – nuove prospettive di cura*», a cura di Enrico Larghero e Mariella Lombardi Ricci.¹⁵

Se c'è qualcuno che narra (*Medicina narrativa*) occorre che vi sia qualcuno che ascolti (*La Medicina dell'ascolto*) ovvero l'operatore sanitario. Saper ascoltare secondo Hans-Georg Gadamer, esponente della filosofia ermeneutica, è un'arte, "arte" per alludere alla grande difficoltà di imparare a farlo. Saper ascoltare significa che gli uomini imparino ad ascoltare gli altri, astenendosi dal volerne anticipare il pensiero (credendo di averlo già inteso), e siano quindi disposti a prestare attenzione. ***L'arte di saper ascoltare richiede di lasciarsi rivolgere la parola, perciò occorre il rispetto per gli altri.*** In questa deferenza c'è anche una sorta di rifiuto di quella smisurata autostima – in questo senso i medici possono farsi un esame di coscienza – che insegna a non considerare gli altri al pari di se stessi. Le due modalità operative, fondate nell'oggettività della *EBM* e nell'ascolto della soggettività tramite la *NBM*, si uniscono nell'atto professionale che in tal modo si riappropria della sua essenza: ***un atto umano tra esseri umani.*** Concludo con le parole di un testo fondamentale della medicina interna, «*Harrison's Principles of Internal Medicine*»; nella sua prima edizione del 1950 troviamo scritto:

«Nessuna opportunità più grande, responsabilità più grande, ed impegno più grande può ricadere sulle spalle di un uomo come quella di decidere di fare il medico. [aggiungo: anche di fare l'operatore sanitario in genere, n.d.r.] La professione medica richiede competenza tecnica, conoscenza scientifica e comprensione umana. Colui che userà queste armi con umiltà, intelligenza e saggezza, renderà un servizio unico al suo fratello uomo e costruirà in se stesso un carattere duraturo. Un medico non può chiedere al proprio destino nulla più di questo, né accontentarsi di niente di meno».

Vi ringrazio per la vostra attenzione.

¹⁵ Enrico Larghero e Mariella Lombardi Ricci (a cura di), *Bioetica e medicina narrativa – nuove prospettive di cura*, Edizioni Camilliane, Torino, 2011.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Si rimanda ai riferimenti bibliografici indicati nelle seguenti pagine (nel testo e nelle note):

- **p. 7** (intervento prof. Larghero);
- **p. 9** (intervento prof. Girolami);
- **p. 13** (intervento prof. Girolami);
- **pp. 26-35** (intervento prof. Zeppegno);
- **p. 36** (intervento prof. Larghero);
- **p. 43** (intervento dott. Fracchia).

