

# ENCICLOPEDIA DI BIOETICA E SCIENZA GIURIDICA

## DIREZIONE

ELIO SGRECCIA - ANTONIO TARANTINO

## COMITATO SCIENTIFICO

*Coordinatori:* † ADRIANO BOMPIANI - PIERANGELO CATALANO  
ANGELO FIORI

*Componenti:* Antonio Baldassarre, Mario Bigotte Chorão  
† Adriano Bompiani, Francesco D. Busnelli  
Ignazio Carrasco de Paula, Pierangelo Catalano, † Giovanni Conso  
Giuseppe Dalla Torre, Dietrich von Engelhardt, Angelo Fiori  
Gonzalo Herranz, Aldo Loiodice, Ferrando Mantovani  
G cerard M meteau, Cesare Mirabelli, Pietro Perlingieri  
† Maria Rita Saulle, Teresa Serra, Elio Sgreccia  
Antonio G. Spagnolo, Antonio Tarantino

## COMITATO DI REDAZIONE

*Coordinatore:* Ignazio Carrasco de Paula

*Componenti:* Francesco Bellino, Ignazio Carrasco de Paula  
Paola D'Addino Serravalle, Marilena Gorgoni

## SEGRETERIA

Eloisa Baldacci, Giuseppe Gioffredi, Maria Addolorata Mangione  
Maria Rosa Montinari, Maddalena Pennacchini, Attilio Pisan   
Giovanni Tarantino, Ughetta Vergari

---

## PROTOCOLLI TERAPEUTICI E LINEE GUIDA

---

SOMMARIO: 1. La regolamentazione dell'atto medico. - 2. Il Piano nazionale linee guida (PNLG). - 3. L'evidenza in medicina (EBM) e la qualità in ospedale (VRQ).

**1. La regolamentazione dell'atto medico.** - La questione dell'evidente insufficienza e pericolosità di una medicina pratica esercitata alla stregua di mera arte senza alcun riferimento o condizionamento giuridico tabellato e protocollato è ormai divenuta la principale incombenza per chiunque abbia a cuore il buon funzionamento della sanità. Pro e contro una tendenza che in passato si era spinta sino all'auspicio di uno specifico diritto sanitario si reperiscono anche in autorevole dottrina e si sono utilmente confrontati consentendo utili determinazioni disciplinanti attività di trapianti, trasfusioni, genetica medica, procreazione assistita. Così si è opportunamente proceduto ad approntare ed applicare protocolli terapeutici per siffatti speciali settori la cui complessità sia sul piano tecnico che etico non poteva essere affrontata da operatori privi di indicatori indispensabili per ridurre al minimo i no-cumenti ai pazienti e gli incidenti di percorso con benefici effetti anche sul correlato possibile contenzioso penale, civile, amministrativo.

Protocolli terapeutici sono pertanto definibili le procedure che i soggetti coinvolti devono obbligatoriamente seguire in una situazione specifica quando il processo è importante o complesso, sia in ambito di ricerca scientifica che di sperimentazione di farmaci e tecniche ed anche nella quotidiana attività sanitaria, fondandosi su comportamenti standardizzabili e intese tra parti che hanno obiettivi comuni (protocolli d'intesa tra istituzioni regionali, universitarie, aziendali).

Linee guida (L.G) sono invece tutte le raccomandazioni non obbligatorie la cui attendibilità scientifica ed applicabilità al caso specifico è commisurabile alla loro evidenza scientifica ed epidemiologica costituendo comunque un mezzo utile al fine della attività sanitaria (curativa, preventiva, riabilitativa, formativa, organizzativa, amministrativa) che se ne avvalga con adeguato senso critico e buon senso. Evidente anche il fine di ridurre la ricorrenza di atti medici errati per difettose pregresse preparazioni degli operatori dotati di diplomi ma non sottoposti ad effettive verifiche delle capacità conseguite: appropriatezza degli atti in sanità (scaturente dalle evidenze al momento disponibili della *Evidence Based Medicine*) significa speranza di efficienza degli operatori ed efficacia dei servizi.

Sussistono poi elementi che debbono indurre alla prudenza e al timore del rischio da abuso dello strumento "linee guida" come ben evidenziato nel 2000 da due studiosi del Servizio di Epidemiologia Clinica e Sperimentazioni Controllate dell'Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro della Divisione di Cardiologia dell'Ente Ospedaliero Ospedali Galliera di Genova: «Esistono punti deboli dello strumento "linea guida", che non mancano di essere sottolineati, spesso esageratamente, ma talvolta a proposito, da chi non crede che si tratti di una modalità efficace per migliorare la pratica clinica: si viene a limitare la libertà del medico (che peraltro, abbiamo visto può anche facilmente produrre danni, economici o clinici); può "consegnare" il medico nelle mani del manager; si può alterare il rapporto fiduciario alla base dell'interazione fra medico e paziente; si induce a ricercare prove di efficacia solo per presidi per i quali esista chi ha interesse a devolvere risorse affinché la ricerca abbia luogo; molto spesso le linee guida non sono affatto esenti da gravi pecche metodologiche, che ne possono inficiare la credibilità. Molti, se non tutti, questi punti deboli hanno le loro ottime ragioni di essere ricordati, ma il rapporto fra vantaggi e svantaggi pesa dalla parte dei vantaggi; è quest'ultima, tuttavia, l'opinione di chi scrive e non un concetto unanimemente accettato».

Ma la questione sempre più dibattuta è la dipendenza<sup>1</sup> degli studi randomizzati (secondo le regole delle *good clinical practices*) dai finanziamenti delle multinazionali dell'industria farmaceutica e tecnologica che condizionano fortemente libertà e credibilità della ricerca clinica: «...esiste il grave rischio che si ricerchi l'efficacia di provvedimenti di cura solo se e quando interessa a qualcuno sul piano economico, qualcuno disposto a finanziare il progetto. A parer nostro questo è il problema di maggiore gravità che investe la ricerca clinica mondiale, e su

<sup>1</sup> Si veda <http://www.cirb.it> e <http://www.cirb.it/appello>.

questo punto tutte le associazioni medico-scientifiche, e l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri in particolare, sono invitate a riflettere ed a trovare soluzioni o almeno mediazioni adeguate»<sup>2</sup>.

È la stessa fonte segnala il rapporto del tutto *sui generis* che intercorre fra erogatori, fruitori e imprenditori della sanità ove le condizioni di mercato risultano assai anomale: «In sanità, invece, succedono cose che si allontanano molto dal concetto di mercato ideale, qui sopra rapidamente abbozzato: 1. chi prescrive (il medico) non compra e, purtroppo spesso, per svariati motivi, si discosta dal principio della "scienza e coscienza" per il grosso problema dei conflitti di interesse, oppure, come già sottolineato, non conosce o non ha familiarità con i prodotti più adeguati da prescrivere; 2. chi compra (il consumatore/paziente) non è informato, ma è ignorante rispetto a quello che sta comprando, quindi è debole, non è libero e, in più, non paga direttamente quanto sta comprando per la sua salute. D'altra parte ha la concezione di pagare continuamente per la sua salute attraverso le tasse e quindi esige salute pretendendo cure efficaci sempre, come per effetto di una bacchetta magica. Volendo ragionare in un ambito economico, l'ignoranza sul proprio stato di salute e sul modo corretto di gestirla è totalmente scorretta e produce fortissime distorsioni nel mercato; 3. la produzione dell'assistenza sanitaria è la salute: il paziente chiede salute o assistenza sanitaria per il raggiungimento della salute. Chi vende, cioè chi offre tecnologia medica, tende a rilevare sempre di più l'efficacia delle tecnologie più remunerative o costose, e spesso alimenta l'idea paradossa che ogni condizione clinica sia guaribile, anche se a caro prezzo. Questo concetto esacerba le recriminazioni di chi compra; 4. chi paga (lo Stato o le amministrazioni regionali) non prescrive, e se da un lato ha il diritto/dovere di ottimizzare la spesa sanitaria, d'altro canto non conosce le priorità ed i presupposti delle prescrizioni correttamente individualizzate. Non controlla i costi o li controlla con difficoltà...».

Tutto questo non può che far ben riflettere chi si accinga a governare strutture sanitarie o ad operare al loro interno nelle multiformi fattispecie di una medicina sempre più complessa e conflittuale, del tutto spogliata degli arcaici privilegi di casta e delle bonarie vesti paternalistiche.

**2. Il Piano nazionale linee guida (PNLG).** – L'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali è stata istituita con il decreto legislativo n. 266

<sup>2</sup> R. LIONETTO - G. MAZZOTTA, *Le linee guida: alcune considerazioni su uno degli strumenti culturali su cui si potrebbe fondare la svolta del Sistema Sanitario Nazionale*, «It Heart J Supplement», 2000; 1 (5), pp. 617-631.

del 1993 e svolge essenzialmente compiti di collaborazione nei confronti delle Regioni e delle Province Autonome in materia sanitaria, anche a supporto delle loro iniziative di auto-coordinamento. I compiti dell'Agenzia sono stati stabiliti con provvedimenti normativi succedutisi nel tempo e riguardano la rilevazione, l'analisi, la valutazione, la formulazione di proposte in materia di organizzazione dei servizi, l'innovazione e la sperimentazione di nuovi modelli gestionali, di qualità e costi dell'assistenza. La Conferenza Unificata, con delibera del 19 giugno 2003, ha espresso gli indirizzi per l'attività dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Inoltre l'Agenzia, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, ha avviato un Progetto Linee Guida, finalizzato alla elaborazione di linee-guida ed alla produzione di documentazione metodologica relativa alla loro elaborazione ed implementazione.

L'Agenzia partecipa ai programmi di ricerca finalizzata e corrente finanziati dal Ministero della Salute. La produzione di linee guida, assieme alla definizione dei livelli essenziali di assistenza e all'accreditamento istituzionale, rappresenta uno degli strumenti per il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria.

La Conferenza Unificata Stato-Regioni, nell'individuare gli indirizzi per l'attività della Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, ha deliberato al comma c, lettera 4 che tra fine precipuo dell'ASSR è «supportare le Regioni e il Ministero della salute, per i rispettivi ambiti di competenza, per lo studio e l'elaborazione di linee guida in materia diagnostica, terapeutica ed organizzativa». In tale contesto l'Agenzia ha già avviato, in collaborazione con l'ISS, la FISM e le Società Scientifiche di volta in volta interessate, un programma finalizzato alla elaborazione di importanti linee guida ed alla produzione di documentazione metodologica relativa alla loro implementazione.

Riferimento ormai imprescindibile il manuale metodologico per la redazione e disseminazione delle linee guida basate sulla prova di efficacia: come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica. Il Manuale è il risultato di un lavoro svolto dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) e dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il CeVEAS di Modena, la Fondazione Smith Kline e diverse Università Italiane.

L'importanza di tale manuale è sottolineata, nei seguenti passi della *Presentazione*, firmata da Enrico Garaci (Presidente ISS) e da Laura Pellegrini (Direttore ASSR): «...nell'ultimo decennio le linee guida, intese come strumento di razionalizzazione del comportamento clinico-organizzativo, sono balzate prepotentemente alla ribalta sullo sfondo della notevole variabilità di erogazione di prestazioni sanitarie e dall'avvento della medicina basata sulle prove. La varietà dei prodotti e la

complessità dei metodi impiegati per produrli impone l'uso di metodologie aggiornate, rigorose e soprattutto improntate a una totale trasparenza onde permettere agli utenti interessati di ripercorrere il cammino metodologico che ha condotto alla stesura dei documenti. È in questa ottica che l'Istituto Superiore di Sanità e l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali propongono questo manuale metodologico, guida sintetica ai metodi usati da prestigiose agenzie internazionali ed esplicitazione di quelli usati dal nostro Programma, frutto di un approccio collaborativo e interdisciplinare...».

È stato costituito il Gruppo di lavoro per l'aggiornamento del Manuale e in base al Decreto del Ministro della Salute del 30 giugno 2004 istitutivo del Sistema Nazionale Linee guida sono state programmate attività in parte concluse con la pubblicazione degli atti che seguono: Manuale su Screening, diagnosi precoce e trattamento multidisciplinare del cancro del colon-retto (2002). Diagnostica per immagini. La conduzione di sperimentazioni cliniche in pediatria di base. Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologici. Tiroide e gravidanza. Valutazione pre-operatoria del paziente da sottoporre a chirurgia elettiva. Raccomandazioni mediche per la donna in menopausa. Cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari. Profili clinico-organizzativi in chirurgia oculistica. *Carcinoma prostatico*. Raccomandazioni di *Technology Assessment* per la diagnostica clinica di laboratorio. Sperimentazione farmacologica in ambito femminile ed utilizzo dei farmaci *gender-oriented*. Terapie del dolore. Prevenzione cardiovascolare.

Dopo la emanazione del Decreto Ministeriale 30 giugno 2004, sono state preliminarmente individuati tre temi, per i quali costituire dei gruppi di lavoro e elaborare linee guida: Nutrizione artificiale domiciliare, *Stent* a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica, Trattamento del trauma cranico minore e severo.

Con il Decreto del Ministro della Salute del 30 giugno 2004 istitutivo del Sistema Nazionale Linee Guida nella organizzazione e nel governo della sanità italiana inizia una fase nuova per il conseguimento degli obiettivi della riforma sanitaria [[www.pnlg.it/home/inbreve.php](http://www.pnlg.it/home/inbreve.php)].

Il Piano nazionale per le linee guida (PNLG) rappresenta, contestualmente alla definizione dei livelli essenziali di assistenza e all'accreditamento istituzionale, uno dei tre strumenti fondamentali per dare attuazione alla promozione dell'efficacia e dell'appropriatezza nella pratica clinica e nelle scelte organizzative. Il PNLG vuole mettere a disposizione dei professionisti, dei servizi e delle Aziende sanitarie strumenti operativi per garantire un uso appropriato degli interventi inclusi nei livelli essenziali di assistenza garantiti dal Sistema sanitario nazionale e concorrere alla formulazione dei criteri funzionali all'accreditamento delle strutture e dell'attività assistenziale.

Efficacia, appropriatezza, efficienza sono le parole chiave di questa strategia. I compiti del PNLG sono infatti: produrre informazioni utili a indirizzare le decisioni degli operatori, clinici e no, verso una maggiore efficacia e appropriatezza, oltre che verso una maggiore efficienza nell'uso delle risorse; renderle facilmente accessibili; seguirne l'adozione esaminando le condizioni ottimali per la loro introduzione nella pratica; valutarne l'impatto, organizzativo e di risultato.

**Strumenti.** Gli strumenti del PNLG sono quattro: le LG cliniche, le LG clinico-organizzative, i documenti di indirizzo all'implementazione e i documenti di indirizzo alla valutazione dei servizi. Il corretto uso di questi strumenti è fondamentale per indirizzare in modo appropriato l'attività dei servizi e per garantire la qualità dell'assistenza della pratica clinica.

**Destinatari.** Il PNLG si rivolge a medici, amministratori e cittadini. Non è un insieme di direttive che ciascun singolo operatore è vincolato ad applicare al singolo paziente, ma è lo strumento per l'esplicitazione delle alternative possibili e delle relative diverse possibilità di successo clinico, da offrire alle preferenze espresse dai pazienti e agli operatori, da valutare in rapporto agli obiettivi e alle priorità locali. Le LG vogliono proporsi come uno strumento facilitatore dell'espressione di consapevoli preferenze e aspettative individuali nel contesto del rapporto medico-paziente.

**Il quadro normativo di riferimento.** Il PSN 1998-2000 e il decreto legislativo di razionalizzazione del SSN 229/99 stabiliscono le premesse e definiscono gli obiettivi del Programma nazionale per la qualità (PNQ), nel contesto del quale il Programma nazionale per le linee guida (PNLG) rappresenta uno degli strumenti principali. Il PNQ intende orientare i servizi verso un'attenzione sistematica e continuativa verso iniziative di promozione e mantenimento della qualità dell'assistenza. Il PNLG è la traduzione operativa dei principi e degli obiettivi del PNQ, contestuale alla definizione dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.) e all'accreditamento istituzionale e professionale.

**Decreto del Ministero della salute sulla costituzione del Sistema nazionale linee guida** (decreto ministeriale del 30 giugno 2004). Il Ministero della salute ha disposto che, per attuare un maggior coordinamento delle istituzioni che a livello centrale concorrono a sviluppare un Sistema nazionale delle linee guida, sia costituito da: *Comitato strategico* presso la Direzione generale della programmazione sanitaria, che resta in carica dal 2004 al 2006 con il compito di promuovere l'elaborazione delle linee guida, verificare le modalità di finanziamento e promuovere le attività di comunicazione; *Comitato organizzativo del sistema nazionale delle linee guida* presso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR), in carica dal 2004 al 2006. Supporta il Comitato stra-

tegico, opera una ricognizione delle attività in corso, elabora programmi di fattibilità che prevedono obiettivi e azioni da compiere e recepisce le linee guida dai Gruppi di lavoro nazionali; *Gruppi di lavoro nazionali* costituiti presso il Ministero della salute, l'ASSR e l'Istituto superiore di sanità (ISS), ma che possono essere attivati presso l'IRCCS, le Regioni, altri enti pubblici sulla base delle indicazioni del comitato organizzativo. Sono composti da esperti delle società scientifiche che dovranno elaborare linee guida e inviarle al Comitato organizzativo sulla base della letteratura scientifica e sulla loro esperienza, dopo avere vagliato le osservazioni dei medici, dei manager sanitari, degli esperti regionali e delle associazioni dei pazienti.

### 3. L'evidenza in medicina (EBM) e la qualità in ospedale (VRQ).

– Partendo dalla fine della esistenza umana è bene ribadire, come si è osservato nella voce inerente libretto sanitario e cartella clinica, che la richiesta e la esecuzione del riscontro diagnostico *post mortem* è da intendersi quale ultimo atto medico eseguito attraverso l'esame autoptico macroscopico e microscopico del cadavere che esige esecutori esperti.

Inscindibili medicina necroscopica, cultura civica e progresso scientifico<sup>3</sup>.

In dottrina numerosi sono stati i contributi medico-legali su una questione vitale per la salute pubblica ed il futuro civile in Italia ed in Europa: fra tutti si segnala, per la modernità delle ispirazioni e l'adeguatezza delle indicazioni, quanto scrive Vittorio Fineschi, nel pregevolissimo volume di Mauro Barni *"Consulenza medico-legale e responsabilità medica. Impegno etico-scientifico in divenire"*<sup>4</sup>, cui si rimanda per i fondamentali inquadramenti scientifici e riferimenti metodologici. Coerentemente l'Autore si riferisce alle parole del Maestro, che denuncia l'inammissibilità nel panorama europeo di esiti divergenti talora sconcertanti di *indagini medico-legali su cadavere* per una palese non *confrontabilità* dei dati, per difetto di quella *omogeneità* che rappresenta requisito essenziale di ogni investigazione che voglia accreditarsi come seria prima che scientifica.

Analoga esigenza evidentemente (in una *medicina* fondata appunto sulla *evidenza* come ormai in tutto il mondo è buona regola: *evidence-based medicine* o EBM)<sup>5</sup> emerge anche per quanto riguarda le *indagini su vivente*, con cui – senza il tabù della morte – forse potrà riu-

<sup>3</sup> Si veda lo specifico capitolo in C. LOUÉ, *Medicina Diritto Comunicazione*, Milano, Giuffrè, 2005.

<sup>4</sup> M. BARNI, *Consulenza medico-legale e responsabilità medica. Impegno etico-scientifico in divenire*, Milano, Giuffrè, 2002.

<sup>5</sup> Si veda [www.cochrane.it](http://www.cochrane.it).



scire più agevole far comprendere ai medici e ai giuristi (o meglio a chi li prepara, seleziona, legittima...) quanto sia fasulla e fuorviante ogni indebita demarcazione tra *medicina clinica e medicina legale* e quanto, per contro, sia valido e logico considerare l'esame necroscopico l'*ultimo atto medico*.

Infatti Fineschi, alla luce della *Convenzione Europea sui Diritti dell'Uomo e la Biomedicina* (Oviedo, 4 aprile 1998) recepita dalla *Raccomandazione Europea* relativa alla armonizzazione delle regole in materia di autopsia medico-legale attivata il 2 febbraio 1999 dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa, raccorda il pensiero proprio e del Barni a inderogabili disposizioni italiane ed europee di cui ci preme sottolineare quel che ai più tra gli operatori e i cittadini potrebbe sfuggire: l'afferenza anche delle questioni inerenti *investigazione criminalistica ed indagine necroscopica* al basilare preliminare capitolo della tutela dei *Diritti Umani*.

Sarebbe utile verificare quanti tra coloro che si imbattono in questa delicata e decisiva indagine (a seguito di una scelta non sempre accorta del magistrato di turno) ne conoscono la filosofia di fondo, ne rispettano le procedure nella prassi, ne acquisiscono tutti gli elementi che emergono ed in caso contrario quali sono le disastrose conseguenze ad esempio in ambito di amministrazione della giustizia.

Benvenuto pertanto e da far diffondere doverosamente agli *apprendisti* medici legali ma anche ai *veterani* il Manuale-atlante di tecnica autoptica forense di Cristoforo Pomara e Vittorio Fineschi<sup>6</sup>.

In tema di *libretto sanitario e cartella clinica* si rimanda alla specifica voce (Libretto Sanitario e Cartella Clinica): giova però ribadire che, tra i contenuti fondamentali di tali documenti sanitari, si è voluto segnalare, oltre ai dati rituali identificativi e classici relativi alla informazione e al consenso, anche in particolare evidenza le annotazioni non secondarie nell'ambito della complessa controversa crescente questione della "immagine" correlata alla variegata serie di trattamenti di natura cosmetica, medicale, chirurgica, da far precedere sempre da una seria riflessione all'ambito psicologico e psichiatrico con problemi non lievi sul piano della responsabilità degli operatori (si ribadisce che ormai in Italia agiscono quasi un milione di professionisti della sanità inquadrati in ben trenta settori che vanno dal podologo all'igienista dentale, con gravi rischi di perdita di vista dell'*unicum et continuum* che costituisce la persona del paziente che rischia di scomparire nel panorama affollato degli ultraspecialisti...).

Il riferimento all'estetica non sorprenderà chi ha ben presente il fatto

<sup>6</sup> C. POMARA - V. FINESCHI, *Manuale-atlante di tecnica autoptica forense*, Padova, Piccin, 2006.

che lo stereotipo della agognata condizione della "più bella del reame" non rappresenta necessariamente la stigma di un'era volta all'effimera e futile apparenza, bensì – ove non sfoci nella patologia – l'esito esaltante di un percorso culturale in cui arte e architettura, prosa e poesia, storia e società si sono ispirate e instaurate sul suolo italico grazie al superiore valore della "bellezza" dalla cultura greca e latina all'Italia che oggi detiene il maggior patrimonio artistico ed "estetico".

Non impropriamente l'ateneo senese – cui afferisce lo scrivente – incentra da tempo, grazie all'opera di Cecilia Anselmi (titolare della cattedra dei prodotti cosmetici e tecnica farmaceutica), sulla "Scienza della Bellezza" Corsi e Congressi con specifica Scuola di Specializzazione in Scienza e Tecnologia Cosmetiche. Non a caso esistono oggi *guidelines* anche in tema di *peeling* redatte da Giovanni Labrini (Parma), Giuseppe Guerriero, Francesco Luigi Landi, Patrizia Teofoli (Roma) e Valerio Cirfera (Copertino-Lecce)<sup>7</sup>.

Come si è annotato nella voce su libretto sanitario e cartella clinica la riforma sanitaria del 1978 prevedeva la progressiva informatizzazione, integrale e integrata, del S.S.N.

«58. (Servizio epidemiologico e statistico). – Nel piano sanitario nazionale, di cui all'articolo 53, sono previsti specifici programmi di attività per la rilevazione e la gestione delle informazioni epidemiologiche, statistiche e finanziarie, occorrenti per la programmazione sanitaria nazionale e regionale e per la gestione dei servizi sanitari. I programmi di attività, per quanto attiene alle competenze attribuitegli dal precedente articolo 27, sono attuati dall'Istituto superiore di sanità. Le regioni, nell'ambito dei programmi di cui al primo comma, provvedono ai servizi di informatica che devono essere organizzati tenendo conto delle articolazioni del servizio sanitario nazionale».

Da allora quasi sei lustri sono trascorsi e, proprio sul piano etico, a fronte di prospettive così avveniristiche, v'è da dire che, nelle successive disposizioni giuridiche e deontologiche come nelle riflessioni giurisprudenziali e dottrinarie, non si è andati in genere oltre la mera enunciazione ed anche in caso di controversie vivaci nessuno osa interrogarsi sulla preparazione del paziente ad essere interlocutore valido e decisore idoneo di fronte alla complessa materia sanitaria ed allo spettro ampio e incerto delle possibili opzioni: in altri termini a ben guardare la comunicazione nel dedalo della sanità si fa sempre più fugace e mendace interferendo nei processi decisionali di operatori e operati inconfessate pulsioni e paure che inducono i primi ad una prevenzione più che sa-

<sup>7</sup> Si consulti: [www.aida.it/frame/Resources/PEELING.pdf](http://www.aida.it/frame/Resources/PEELING.pdf), in voce *Protocolli terapeutici e linee guida*.

nitaria (rivolta al paziente) piuttosto giudiziaria (di qui la medicina cosiddetta difensiva per scongiurare il tritacarne della giustizia) ed i secondi (saturi di voci illusorie provenienti dai *mass media* e di approssimative ricerche eseguite nel *web*) ad aspettative economico-sociali per gli ambiti esiti assicurativi correlati alle prestazioni sanitarie (dall' emolumento pensionistico raggiungibile con una adeguata documentazione sanitaria al risarcimento civilistico perseguibile attraverso iniziative di rivalsa verso strutture e dipendenti della sanità pubblica e privata).

Un milione di professionisti della sanità incontra in maniera saltuaria e spesso episodica alcuni tra i sessanta milioni di aventi diritto alla prestazione fra cui ad esempio un milione tra adulti e minori di fede e cultura mussulmana e sempre più frequenti Testimoni di Geova (*no blood!*) fino ai professionisti divenuti pazienti (il medico si ammala ed il malato si laurea...); si tratta di una specie di catena di operatori che tra obblighi burocratici, timori giuridici, ricordi scolastici, aggiornamenti incompiuti tentano approcci vagamente umani per dare senso e contenuto al prefisso "socio" dell'attività sanitaria, ma... con tutte le perduranti difficoltà sottese agli antichi adagi *gnosis te auton e medice cura te ipsum*.

Come si osserva anche in altra voce, pare maturo il tempo di un inserimento fra i tanti (talora troppi) settori scientifico-disciplinari della "comunicazione in sanità" momento imprescindibile se si vuol dar senso e consapevolezza all'agire medico in ogni fase, specialità, evenienza: l'incontro di un chirurgo otoiatra in realtà vincolato ad informazioni ed interpretazioni di natura psicologica ad un paziente la cui patologia (corpo o mente?) sfugge nella opinabilità di valutazioni estetiche necessita di saldi riferimenti mutuabili dalle scienze della comunicazione ma da applicare al particolare pianeta della sanità.

L'otoiatra fiorentino Enrico De Campora ben lo evidenzia nel presentare l'ultima preziosa opera di Valerio Micheli-Pellegrini in tema di "rinoplastica": «...capitoli (di raro riscontro nella trattatistica tradizionale) dedicati ad aspetti c.d. "minori" della chirurgia nasale e che, viceversa, assumono significato precipuo già nella programmazione dell'intervento e, comunque, costantemente nella "gestione" del paziente in tutto l'iter terapeutico. È il caso ad esempio degli aspetti psicologici, così determinanti nell'indirizzare il paziente alla chirurgia morfodinamica nasale e così importanti nel fargliene condividere i risultati. È il caso del consenso informato, nella sua versione più attuale, da proporre al paziente, così come una serie di semplici, preziosi suggerimenti a tutela del naso dopo l'intervento chirurgico...»<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> E. DE CAMPORA, *Rinoplastica* (V. MICHELE-PELLEGRINI, *Rinoplastica*, Firenze, SEE, 2006), «Toscana Medica», 9, 56, 2006.

Sulla determinante e costante presenza della comunicazione in ogni attività sanitaria sempre da Toscana Medica è d'uopo mutuare l'autorevole contributo di Alberto Zanobini (Direzione generale diritto alla salute e politiche di solidarietà) sulla comunicazione nei programmi di *screening* e sulla campagna di comunicazione istituzionale della Regione Toscana<sup>9</sup>.

Si può fingere di credere che gli uomini che si celano dietro e dentro i camici possano avventurarsi oltre il *consenso solo firmato* su falsi modelli prestampati somministrati quale ennesimo fastidio burocratico solo per evitar grane assicurative e guai giudiziari: una *informazione* attraverso una efficace *comunicazione* e una scrupolosa *scrittura* (che si avvalga dell'*informatica*) che riporti fedelmente la cronaca di una partecipata *anamnesi* e di una accurata *semiotica* rimangono *condicio sine qua non* della *visita medica* propedeutica ad un *serio ragionamento clinico per appropriate diagnosi e terapie*.

Illusorio pensare di poter far intendere il senso di *guidelines* o di scelte terapeutiche o di allarmanti dubbi diagnostici ad un paziente *di passaggio, in transit* nella serie sempre più frammentaria delle tappe, delle attese, delle liste, dei *tickets*<sup>10</sup>, tra medici di base e di pronto soccorso, specialisti, tecnici, infermieri, amministrativi non certo equiparabili ad una affiatata orchestra in assoluta intesa per sublimi armonie musicali.

Chissà perché in sanità si fa finta d'esser tutti uguali e si è colleghi piuttosto che responsabili dei propri atti e non disposti a mentire sulle malefatte altrui.

Si è mai visto scrivere in cartella clinica con correlata critica da "professionista" e "scienziato" che vi sono tracce o prove di errori ed omissioni di medici e infermieri?

Non esiste memoria di qualcuno che abbia ammesso di esser inescusabilmente dalla parte del torto o di non sapere o di non saper fare.

In ospedale il *film* della vita diviene sofferenza ma il direttore d'orchestra non esiste e chi dirige non ha "pieni poteri" né malgrado leggi e sentenze esistono cartelli illustranti all'ingresso quali macchine sono in dotazione nella struttura e quali sono le capacità dei singoli operatori (da una a cinque stelle), benché illuminati esperti abbiano indicato i percorsi obbligati per l'*evidenza in medicina* e la *qualità in ospedale*.

Per tutti si rimanda alle opere e ai contributi offerti anche *de iure*

<sup>9</sup> A. ZANOBINI, *La comunicazione nei programmi di screening. La campagna di comunicazione istituzionale della Regione Toscana*, «Toscana Medica», 9, 29, 2006.

<sup>10</sup> Chiarificatrice ed emblematica sotto ogni profilo la nota redatta da S. DEL VECCHIO a commento della sentenza della Suprema Corte di Cassazione, II sezione penale, n. 960 del 2003 pubblicata sulla rivista «Professione», 10, 8, 2005.

condendo in sede parlamentare di Franco Perraro, presidente della Società italiana di verifica e revisione della qualità, che in tema di *Evidence Based Medicine (EBM)* e di *Verifica e Revisione della Qualità (VRQ)* anche in web invita a ben più scientifici approcci metodologici verso la *Total Quality* e il *Total Quality Management* con l'introduzione e l'affermazione del cosiddetto *Sistema Qualità*: «La strategia sta nel creare le condizioni e gli stimoli per ottenere un coinvolgimento di tutti i componenti dell'impresa affinché lavorino costantemente bene anche se svolgono le attività più semplici (i piccoli passi) coerentemente con gli obiettivi strategici (politiche direzionali) definiti e sostenuti dai dirigenti (la leadership è fondamentale). Si tratta, in sostanza, di introdurre il Sistema Qualità. Nelle aziende e nelle varie Unità Operative sanitarie è possibile perseguire gli stessi obiettivi ed adottare le stesse metodologie? La realtà sanitaria ha le sue peculiarità. Il prodotto finale è la salute, non il profitto. Il cliente è debole, è ignorante, si deve fidare del medico. Se una azienda sanitaria va male non può essere soppressa, riciclata come avviene negli altri settori. Il bisogno di salute è una costante che tende ad aumentare con l'allungamento delle aspettative di vita e grazie ai progressi scientifici e tecnologici della medicina. Il Pontefice Giovanni Paolo II ha ammonito: la salute non è semplice perseguimento di beni materiali. Purtroppo i beni materiali ci condizionano. Le risorse limitate rendono necessario il loro utilizzo appropriato. L'appropriatezza è uno dei cardini per garantire la buona qualità delle prestazioni sanitarie e significa buon utilizzo delle risorse, buone performance operative in termini di efficacia, efficienza, gestione dei rischi, soddisfazione degli utenti. Le componenti fondamentali della Qualità in sanità sono la professionale o tecnica, la manageriale o gestionale e la percepita...»<sup>11</sup>.

Allarmanti i risultati delle indagini evidenziando il divario tra curiosità sul progresso scientifico e tecnologico e immaginario tragicamente popolato di credenze e convinzioni fuori da ogni realtà, come ben si evince dall'ultima opera di Zygmunt Bauman<sup>12</sup>.

Fattore che accomuna ogni cittadino operante nella sanità o alla ricerca di prevenzione e benessere e non solo di cure tradizionali per evidenti eventi patologici o traumatici è una diffusa presunzione di conoscenza ed una inconsulta pretesa di affermazione del proprio ruolo (transeunte) di medico o di malato.

Lo si nota dal degrado dei rapporti umani anche in ambito sanitario dove compaiono fattispecie di mancate intese e violati accordi pro-

<sup>11</sup> Si consulti [www.biomedica.net/main/editoria/bsb/bsb6.html](http://www.biomedica.net/main/editoria/bsb/bsb6.html).

<sup>12</sup> Z. BAUMAN, *Vita liquida*, tr. it. a cura di M. Cupellaro, Roma-Bari, Laterza, 2006.

fessionista-paziente (si ricordi il famoso caso del chirurgo fiorentino Massimo condannato per omicidio preterintenzionale) o il recentissimo disposto di un giudice toscano, stigma di un modo di far medicina che sconcerta: è il caso di una giovane obesa "trattata" con farmaci anti-epilettici i cui effetti collaterali comprendono anche il dimagrimento ma al caro prezzo di gravi danni e disturbi conseguiti alla impertinenza della terapia arbitrariamente prescritta<sup>13</sup> da un medico condannato per lesione personale dolosa («la prescrizione di un farmaco *off label* del quale siano noti gli effetti collaterali, costituendo l'accettazione del rischio di questi ultimi da parte del medico, realizza dolo eventuale»)<sup>14</sup>.

Dice bene Mauro Barni quando osserva che solo in apparenza la sentenza in questione risulta frutto di una *escalation* della magistratura nei confronti di una sanità insidiata là dove per contro è il malcapitato paziente ad essere ingannato dal medico "di fiducia" in barba ad ogni dettame deontologico: il contributo offerto dal giudice toscano è sì "forte" ma degno di gratitudine posto che indica a ognuno il "giusto" modo di esercitare un'arte che pone in gioco salute e vita non consentendo alcuna alea di ambiguità o di lassità all'impegno etico-deontologico di colui che consiglia, prescrive, determina effetti decisivi per chi "si affida".

L'incontro tra paziente e professionista deve avvenire in condizioni di pari autonomia malgrado il contingente dislivello dell'uno che non autorizza l'altro a non dire e dare il massimo che le conoscenze cliniche consentono obbligando a documentare tale impegno.

Per tal pacifico compromesso di reciproca convenienza (come accade quando ci si fa illuminare prima che dalle sentenze dai lumi della ragione e dai dati della scienza) Iadecola<sup>15</sup> fissa nel tripode "acquisizione del consenso informato, scientificità della scelta terapeutica, inesistenza di valida alternativa" la stabilità della sicurezza di medico e malato, le cui libertà (di prescrivere e di curarsi) devono confrontarsi con l'attento bilancio benefici-nocuenti possibile se vi è conoscenza (coadiuvata dalle linee guida consultate nel rispetto delle caratteristiche dello specifico caso) del professionista e comunicazione al paziente che renda l'accordo reale e leale e la prospettiva terapeutica meno rischiosa possibile.

Se invece l'informazione è ingannevole (per omessa o parziale esposizione di *pro* e *contro*), la scelta sbagliata (perché incauta o indiffe-

<sup>13</sup> Si veda [www.fda.gov/cder/index.html](http://www.fda.gov/cder/index.html).

<sup>14</sup> M. BARNI, *Un'illuminazione "toscana" sulla prescrizione dei farmaci*, «Toscana Medica», 9, 27, 2006.

<sup>15</sup> G. IADECOLA, *Prescrizione di farmaci off label e responsabilità penale del medico*, «Professione», 6, 9, 2006.

rente alle conseguenze), la cura controindicata (da effetti collaterali dannosi) e se coesistono dolo del medico e danno al paziente, si configura il delitto di lesione personale volontaria (art. 582 c.p.) con le aggravanti specifiche della professione sanitaria (art. 61 c.p.) e del pubblico ufficiale (art. 357 c.p.).

Appropriata la puntualizzazione semantica di Iadecola che, per i sottesi non secondari contenuti giuridici, usa la dizione *potestà di curare* come del resto da sempre fa il Barni, proprio per segnare i limiti di questa solo presunta libertà e prevenire equivoci ed abusi derivanti da una male intesa nozione di *mission* nella *deregulation* che continua a caratterizzare troppi professionisti dimentichi del principio di non fare ad altri quel che non si vuole sia fatto a sé.

Il fatto che la prescrizione del farmaco al di fuori dell'etichetta sia *out* fa comprendere la necessità di una griglia che eviti agli esercenti siffatte professioni errori inescusabili o sperimentazioni impraticabili in una "potestà" che non si traduca nelle immaginifiche invenzioni che hanno a furor di *testimonials* scandito la storia della ciarlataneria (Di Bella *docet*)<sup>16</sup>.

La sentenza diventa essa stessa *linea guida* di facile recepibilità riferendosi *de facto* alle "istruzioni" corredo delle confezioni di farmaci, presidi, attrezzature e macchine sanitarie: vero è che «finalmente e senza ambiguità si è offerto un contributo forte alle esigenze di decisione e di sicurezza del medico italiano»<sup>17</sup>.

*La civiltà delle buone maniere*<sup>18</sup>, appena sfiorata dai *mass media*, ignora la storia e dichiara senza vergogna di "*farsi i fatti propri*", preferendo parlar d'*errore umano* piuttosto che di equivoci culturali di fondo, di carenze e difetti metodologici macroscopici e inemendabili, della distrazione spinta alla indifferenza, della inadempienza da radicata ignoranza.

Sempre più ardua appare la sfida per erogatori e fruitori di prestazioni sanitarie la cui crescente complessità risulta sostenibile solo se ad una crescita culturale collettiva si accompagneranno l'adeguato impiego del patrimonio scientifico e tecnologico e la consapevolezza del significato sociale ed economico di rimedi medici e regole giuridiche, utili ed utilizzabili solo se tutte le componenti della società, prima che della

<sup>16</sup> G. COSMACINI, *Ciarlataneria e medicina. Cuore, maschere, ciarle*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1998.

<sup>17</sup> M. BARNI, *Un'illuminazione "toscana"...*, cit., *sub* 12.

<sup>18</sup> Riprendendo dal titolo dell'opera del sociologo antropologo culturale tedesco Norbert Elias (1897-1990).

sanità saranno animate da intensa ispirazione bioetica e da intelligente interpretazione medico-legale.

Cosimo Loré

**Bibliografia.** – AMMIRATI D., *La responsabilità penale del medico*, Padova, CEDAM, 2004; BARNI M., *Il rapporto di causalità materiale in medicina legale*, Milano, Giuffrè, 1991; ID., *Bioetica, deontologia e diritto per un nuovo codice professionale del medico*, Milano, Giuffrè 1999; ID., *Diritti-doveri. Responsabilità del medico. Dalla bioetica al biodiritto*, Milano, Giuffrè, 1999; ID., *Consulenza medico-legale e responsabilità medica*, Milano, Giuffrè, 2002; ID., *Le conseguenze legali del malgoverno della cartella clinica*, «Professione», 2, 9, 2005; ID., *Una illuminazione "toscana" sulla prescrizione dei farmaci*, «Toscana Medica», 9, 27, 2006; BARNI M. - LORÉ C., *Il Servizio di Medicina Legale dell'Unità Sanitaria Locale*, «I Problemi della Sicurezza Sociale», 5, 377, 1979; BARNI M. - LORÉ C., *Tutela della salute e diritto alla validità*, Relazione-Introduzione all'XI Incontro di Studio Ce.S.E.T. su *La valutazione dei danni alla persona umana*, Pisa, 10 gennaio 1981, *Zacchia*, 4, 319, 1980; BARNI M. - LORÉ C., *Le droit au respect de la personne: le droit à la mort et l'euthanasie*, in *Le Médecin et les Droits de l'Homme*, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1982; BARNI M. - POMARA C. - RIEZZO I., *Responsabilità professionale medica: il diversificato assetamento giurisprudenziale in ambito penale e civile ed il ruolo della valutazione peritale medico-legale*, «Riv. it. med. leg.», 5, 851, 2004; BARNI M. - POMARA C. - TURILLAZZI E., *Directive, anzi dichiarazioni anticipate di trattamento: le insidie di un viraggio semantico*, «Riv. it. med. leg.», 3, 577, 2004; BATTARINO G., *Diritto dell'emergenza sanitaria*, Milano, Giuffrè, 2006; BAUMAN Z., *Vita liquida*, tr. it. a cura di Cupellaro M., Roma-Bari, Laterza, 2006; CLERICO G., *Contratto di agenzia, regole di responsabilità e comportamento del produttore sanitario*, «Tendenze Nuove», 3, 251, 2005, in [www.fondazione-smithkline.it](http://www.fondazione-smithkline.it); COMPORI M. - LORÉ C., *Decisione medica e diritti del malato: l'informazione e il consenso*, «Le Médecin et les Droits de l'Homme», Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1982, *Federazione Medica*, 6, 508, 1984; CORNAGLIA FERRARIS P., *Pigiama e camici*, Bari, Laterza, 1999; ID., *Camici e pigiama*, Bari, Laterza, 2000; ID., *Primari a delinquere?*, Fratelli Frilli, Roma 2003; ID. - PICANO E., *Malati di spreco*, Bari, Laterza, 2004; ID., *La prova in medicina*, «Professione», 1, 28, 2006; COSMACINI G., *Ciarlataneria e medicina. Cure, maschere, ciarle*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1998; DE CAMPORA E., *Rinoplastica* (Michele-Pellegrini V., *Rinoplastica*, SEE, Firenze 2006), «Toscana Medica», 9, 56, 2006; DEL VECCHIO S., *Commento alla sentenza della Suprema Corte di Cassazione, II sezione penale, 960/2003*, «Professione», 10, 8, 2005; ID. - GASPARRINI V. - LELLI S. - MARTELLONI M. - PUNTONI G. - RICCI M., *La cartella clinica e la cartella infermieristica: strumenti di management e indicatori di qualità delle*



*prestazioni sanitarie*, Torino, C.G. Edizioni Medico-Scientifiche, 2006, in [www.cgems.it](http://www.cgems.it); ELIAS N., *La civiltà delle buone maniere*, Bologna, il Mulino, 1998; FINESCHI V., *Il codice di deontologia medica*, Milano, Giuffrè, 1996; ID., *La documentazione sanitaria. Le leggi dell'ospedale*, a cura di Zaglio A., Roma, Verduci, 2001; ID., *La cartella clinica*, Guida della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, CGEMS, Torino 2010, in [www.cgems.it](http://www.cgems.it); ID. - FRATI P. - POMARA C., *I principi dell'autonomia limitata e dell'affidamento nella definizione della responsabilità medica. Il ruolo del capo-équipe e dell'assistente (anche in formazione) alla luce della recente giurisprudenza*, «Riv. it. med. leg.», 2, 261, 2001; ID. - TURILLAZZI E., *Responsabilità medica, incertezza del sapere scientifico e valutazione medico-legale: necessità di una aggiornata metodologia*, «Riv. it. med. leg.», 1, 121, 2003; FIORI A., *Medicina legale della responsabilità medica*, Milano, Giuffrè, 1999; IADECOLA G., *Prescrizione di farmaci off label e responsabilità penale del medico*, «Professione», 6, 9, 2006; *Linee guida nella pratica medica: riflessi etico-deontologici, responsabilità professionale e consenso informato*, Seminario di Studio, Siena, Certosa di Pontignano, 24 settembre 1997, Regione Toscana, Firenze, 1999, in <http://primapagina.regione.toscana.it/index.php?codice=4359>; *Linee guida sulla corretta compilazione della cartella clinica*, Regione Lombardia, in [www.sanita.regione.lombardia.it/documenti/elenca.asp?id=documenti&cod=PUB&annop=2001](http://www.sanita.regione.lombardia.it/documenti/elenca.asp?id=documenti&cod=PUB&annop=2001); *Linee guida sulla corretta esecuzione dei peeling*, redatte da Labrini G. (Parma), Guerriero G., Landi F.L., Teofoli P. (Roma) e Cirfera V. (Copertino-Lecce), in [www.aida.it/frame/Resources/PEELING.pdf](http://www.aida.it/frame/Resources/PEELING.pdf); LIONETTO R. - MAZZOTTA G., *Le linee guida: alcune considerazioni su uno degli strumenti culturali su cui si potrebbe fondare la svolta del Sistema Sanitario Nazionale*, Ital Heart J Suppl 2000, 1 (5), p. 617 e ss.; LORÉ C., *Cesare Biondi e la obiettivazione del dolore: un insegnamento ancora attuale*, Relazione al Convegno Nazionale di Algologia, Cortona (AR), 3-4 novembre 1984; ID., *Il punto di vista della medicina legale. Relazione-Introduzione ai lavori del Convegno su La responsabilità penale del medico fra certezza della prova e tutela sociale. Lo stato della Giurisprudenza e l'opinione della Dottrina con la Sezione IV della Cassazione Penale*, Atti, Cappella del Manto, Museo di Santa Maria della Scala, Siena 28-29 marzo 2003; ID., *Cesare Biondi Medico Legale*, Milano, Giuffrè, 2004; ID., *Appropriatezza, sostenibilità, comunicazione: il SSR nel 3° millennio. Comportamenti professionali sostenibili. Il consenso informato*. Relazione alla seconda edizione del Master di primo livello in "Comunicazione Biosanitaria" in collaborazione con le Facoltà di Scienze Matematiche, Fisiche e Naturali, Medicina e Chirurgia, Lettere e Filosofia e con la partecipazione dell'Associazione Stampa Medica Italiana, della Regione Toscana e dell'Agenzia Regionale di Sanità, Complesso ex Marzotto, Pisa, 30 aprile 2005, Atti, in [www.ocs.unipi.it](http://www.ocs.unipi.it); ID., *Tra Scienza e Società*, Milano, Giuffrè, 2008; ID., *Scienze Medico-Legali Sociali e Forensi*, Milano, Giuffrè, 2012; LORÉ C. - BELLUCCI G., *La regolamentazione dell'atto medico: una*

pericolosa tendenza giurisprudenziale, *Zacchia*, 3, 310, 1979; LORÉ C. - CECIONI R. - CANAVACCI L., *Dolore e sofferenza nel malato neoplastico: un approccio etico-deontologico*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2001; LORÉ C. - CECIONI G. - GIACCHI M., *Contributi epidemiologici in bioetica clinica per l'approccio ai processi decisionali*, Professione-Sanità Pubblica e Medicina Pratica, 5, 29, 2000; LORÉ C. - COMPORTI M., *Decisione medica e diritti del malato: l'informazione e il consenso*, in *Le Médecin et les Droits de l'Homme*, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1982, *Federazione Medica*, 6, 508, 1984; LORÉ C. - DEL GROSSO M. - CECIONI R., *Personalizzazione delle cure e coinvolgimento nelle decisioni cliniche: note sulla advance health care planning*, «Riv. it. med. leg.», 3, 709, 2000; LORÉ C. - DELL'OSSO G. - MARTINI P., *Aspetti e problemi medico-legali della eutanasia in ordine alla legislazione italiana*, Relazione al V Congresso Mondiale di Diritto Medico, Gent, 19-23 agosto 1979, «Acta Criminologiae et Medicinæ Legalis Japonica», 4, 157, 1980; LORÉ C. - FINESCHI V., *Lesione personale ed aborto: nuovi e vecchi problemi in tema di nesso causale*, «Riv. it. med. leg.», 1, 96, 1987; LORÉ C. - GIOMARELLI P., *Diritto del testimone di Geova al rifiuto della trasfusione di sangue autologo in chirurgia*, Relazione al 1° Incontro del Gruppo di Studio per l'Anestesia e la Rianimazione in Cardiologia e Cardiochirurgia su *Razionalizzazione dell'impiego del sangue in Cardiochirurgia*, Siena, 24 aprile 1982; LORÉ C. - MASTRANGELO D., *The Growth of a Lie and the End of "Conventional"*, «Medical Science Monitor», 11(12), 27, 2005, in [www.medscimonit.com/pub/vol\\_11/no\\_12/8209.pdf](http://www.medscimonit.com/pub/vol_11/no_12/8209.pdf); LORÉ C. - MAZZOTTA C., *Emicrania, cefalee e dolori cefalici correlati a disturbi dell'apparato visivo: aspetti epidemiologici, clinici e medico-legali*, Relazione al XV Congresso Nazionale della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee su *"Le cefalee nella società del terzo millennio: aspetti multidisciplinari"*, Firenze, 11-13 giugno 2001; LORÉ C. - PARI G., *Valutazione epidemiologica, clinica e medico-legale delle cefalee: esigenza di adeguate guide lines*, Relazione al Congresso Nazionale della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee, Firenze, 11-13 giugno 2001; LORÉ C. - PARI G. - PALMIERI L., *La diagnosi algologica nel dolore-malattia: attuali possibilità clinico-strumentali*, Relazione al IX Congresso Nazionale della Società Italiana dei clinici del dolore, Sorrento (NA), 25-28 novembre 1999; LORÉ C. - PICANO E., *Mi consenta! Il consenso informato in radiologia*, Relazione al Sustainability Tour 2006 progetto SUIT (Stop Useless Imaging Testing), Commissione Europea e linee guida Regione Toscana, Pisa 28 gennaio 2006, Parma 18 febbraio 2006, Rimini 4 marzo 2006, Perugia 18 marzo 2006, in [www.scienze-medicolegali.it/multimedialita.html](http://www.scienze-medicolegali.it/multimedialita.html); MARTELLONI M. - DEL VECCHIO S., *La cartella clinica: documento medico, diritto del cittadino*, «Professione», 1, 14, 2005; NORELLI G.A. - FINESCHI V., *Editoriale: il medico-legale e la valutazione dei temi e dei problemi della modernità: spunti dottrinali per una metodologia operativa condivisa*, «Riv. it. med. leg.», 2, 263, 2003; PALMIERI L., *Oncologia*, Milano, Giuffrè, 2006; PERRARO F., *Linee guida-deontologia e*

*responsabilità professionale, Linee guida nella pratica medica: riflessi etico-deontologici, responsabilità professionale e consenso informato*, Seminario di Studio, Siena, Certosa di Pontignano, 24 settembre 1997, Regione Toscana, Firenze 1999, in <http://primapagina.regione.toscana.it/index.php?codice=4359>; POMARA C. - FINESCHI V., *Manuale-atlante di tecnica autoptica forense*, Padova, Piccin, 2006; PULSIPHER M.A. et al., *Weighing the Risks of G-CSF Administration, Leukapheresis, and Standard Marrow Harvest: Ethical and Safety Considerations for Normal Pediatric Hematopoietic Cell Donors*, «Pediatr Blood Cancer», 48, 2007; SMITH R., *The Ethics Ignorance*, «J Med Ethics», 1992, 18, p. 117 e s.

**Si consultino i siti:**

[www.assr.it](http://www.assr.it)

[www.cirb.it](http://www.cirb.it)

[www.cirb.it/appello](http://www.cirb.it/appello)

[www.cochrane.it](http://www.cochrane.it)

[www.fda.gov](http://www.fda.gov) e [www.fda.gov/cdcr/index.html](http://www.fda.gov/cdcr/index.html) e [www.fda.gov/hearthealth](http://www.fda.gov/hearthealth)

[www.itt.toscana.it](http://www.itt.toscana.it)

[www.nlm.nih.gov](http://www.nlm.nih.gov)

[www.partecipasalute.it/diritti/tessera-001.php](http://www.partecipasalute.it/diritti/tessera-001.php)

[www.scienzemedicolegali.it](http://www.scienzemedicolegali.it)