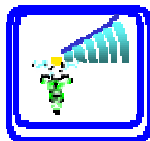




## UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PISA



### MASTER IN COMUNICAZIONE BIOSANITARIA

#### **Pisa, 31 marzo 2007 (ore 9.00 – 13.00)**

Paolo Cornaglia Ferraris - Direttore Scientifico Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Roma  
Giovanni Barbagli - Presidente ARS  
Laura Tramonti - Direttore ARS

Inappropriatezza diseducativa  
Organizzazione Sanitaria Toscana  
ARS: competenze e poteri

#### **Pisa, 13 aprile 2007 (ore 14.30 – 18.30)**

Mauro Pallini - Direttore ESTAV  
Fabrizio Cipriani - Dirigente epidemiologo AUSL 4  
Eugenio Picano - Ricercatore CNR

Lavori perennemente in corso  
Il quadro epidemiologico toscano  
Usi, abusi e sprechi

#### **Pisa, 14 aprile 2007 (ore 9.00 – 13.00)**

Mauro Pallini - Direttore ESTAV  
Mario Romeri - Dirigente AOU Careggi  
Cosimo Loré - Professore Medicina Legale Università Siena

Economicità, appropriatezza e approccio comunicativo  
Valutazione processi e *performances*  
Il consenso informato

**Edificio E, complesso ex Marzotto, largo Bruno Pontecorvo, via F. Buonarroti, Pisa.**

**Sul dovere di informare per consentire all'avente diritto la libera scelta dei**

## **trattamenti diagnostico-terapeutici ex art. 32 della Costituzione: illiceità penale della raccolta delle firme sui fogli prestampati e correlati consensi senza senso.**

Basta sfogliare una qualsiasi **cartella clinica** di struttura sanitaria italiana per constatare il diffuso insensato *standard* di redazione di questo basilare documento fin dal passaggio preliminare della **informazione** e del **consenso** segnato da misconoscenza di significati e finalità della propria attività sì da esiger nuove e diverse definizioni delle conseguenze di un così scadente e non pertinente approccio all'**atto medico**, il cui spettro comprende attività che vanno **dalla informazione alla autopsia**.

Anche al meno critico osservatore risulta non inquadrabile come *medica malpractice* o "malasanità" il fenomeno in questione, ma come **abusivo esercizio della professione medica** (fattispecie finora contemplata solo per coloro che ai controlli degli ufficiali di polizia giudiziaria risultavano sprovvisti dei requisiti formali) e le correlate evenienze dannose nella **lesione personale dolosa** (art. 582 C.P.).

Eppure non si reperiscono in letteratura simili rilievi, a ben guardare elementari ed automatici nella consapevolezza che dovrebbe per logica e legge ispirare ogni azione umana inferente sull'altrui sfera, **sociale, sessuale, sanitaria**, carenza ascrivibile a *routinario* agire di operatori e studiosi poco inclini ad un serio confronto con la realtà della vita, prima che con la sanità; in sostanza un *to cure* senza *to care*...

In effetti quel che si rileva all'esame delle cartelle cliniche non pare proprio ascrivibile al mero involontario "errore", così frequentemente riscontrabile quando l'umano agire si rivolge alle questioni mediche per definizione correlate a realtà variabili e a rimedi opinabili: v'è trascuratezza e sfrontatezza spinte alla omissione ostinata e alla finzione farisaica di *ruoli e rapporti censurabili prima di tutto umanamente!*

*Nulla quaestio* se chi gli attori fossero animati da coscienza della provvisorietà di *camici e pigiami* e della priorità di una simile condizione umana, caratterizzata da **equipollenti dignità e libertà** (il malato non può obbligare il medico ad accertamenti e trattamenti non condivisi, il professionista non può imporre alcunchè al paziente...) e condizionata da ruoli effimeri e cangianti (il paziente si laurea e il medico s'ammala...).

La storia del cosiddetto consenso informato e la logica sottesa a tale essenziale elemento e momento della attività medica intra ed extraospedaliera è chiara e breve! Basta cliccare su [www.consensoinformato.it](http://www.consensoinformato.it): «Il termine attualmente in uso "**consenso informato**" non si rinviene nei codici penali e civili, ma è stato importato dagli Stati Uniti dove la dizione "**informed consent**" risulta essere compresa per la prima volta in un processo celebrato nel 1957 in California. In tale occasione, il principio dell'autonomia decisionale del paziente è stato riaffermato come antidoto alla tendenza dei sanitari ad assumersi la quasi completa responsabilità nel decidere quale trattamento il paziente debba seguire. Si può inoltre affermare che la locuzione inglese, informazione e consenso, risulta essere meno ambigua rispetto alla nostra espressione consenso informato. Infatti "**inform and consent**" mette appunto, in evidenza come, senza una corretta informazione che preceda il trattamento, non possa esserci vero consenso. Quindi, nella struttura standard del consenso informato il ruolo del sanitario è quello di spiegare al paziente la sua condizione clinica e le varie possibilità di diagnosi o di terapia per consentirgli di valutare l'informazione ricevuta nel contesto della propria attitudine psicologica e morale e, quindi, di scegliere l'iter terapeutico che ritiene adatto ed accettabile. Il fine della richiesta del consenso informato è, dunque, quello di promuovere l'autonomia dell'individuo nell'ambito delle decisioni sanitarie, autonomia trascurata ad esempio nella filosofia ippocratica, dove al medico veniva riconosciuto il diritto-dovere di non rivelare nulla al paziente circa le sue condizioni di salute e i trattamenti sanitari cui era sottoposto (... tieni all'oscuro il paziente circa ogni evento futuro...), sia per evitare "passi estremi" da parte del malato, sia di fatto, per garantire il prestigio e l'autorità del medico stesso. Quindi, l'informazione al paziente è parte integrante della prestazione del sanitario ed è finalizzata alla tutela della salute. **Per questo motivo si può affermare che l'informazione è essa stessa una prestazione sanitaria alla stregua dell'intervento diagnostico terapeutico propriamente inteso.**»

Né si può scindere dai doveri essenziali della professione medica la modalità di tenuta delle cartelle cliniche. A tal proposito si ricorda che anche questa fase è di per sé

motivo di censura anche penale là dove non sussistano quelle caratteristiche di chiarezza, completezza, intelleggibilità, comprensibilità, veridicità e sincronia che costituiscono requisiti obbligati di tale fondamentale documento che costituisce prova legale e contiene il segreto professionale, che – ad onta di quel che comunemente si crede – è di pertinenza del paziente perché gli appartiene.

**Per tutte si segnala la recentissima decisione torinese che sancisce la sussistenza del dolo in caso di attività (o inattività...) sanitaria non suffragata da adeguato documentato consenso informato.**

GIURISDIZIONI DI MERITO

Medici, manca il consenso informato e l'intervento fallisce: lesione dolosa di Giuseppe Marra

Tribunale di Torino, Sezione prima, sentenza depositata il 2 ottobre 2006

**Questa solo in apparenza sorprendente sentenza risulta in realtà l'esito naturale di quanto più volte la massima corte aveva stabilito in tema di significato, ambito, effetto del consenso informato.**

***Corte di Cassazione - Consenso informato: quali i contenuti su cui si fonda?***

Posto l'art. 32 della Costituzione come parametro di conformazione dei rapporti contrattuali tra medico e paziente o tra paziente e struttura sanitaria, se il consenso ad una prestazione o atto chirurgico deve essere prestato, il contenuto del consenso deve essere necessariamente arricchito dalla previa corretta informazione sulla qualità e sicurezza del servizio sanitario e sulla adeguata previa informazione sui rischi operatori e postoperatori, anche in relazione alla efficienza della struttura sanitaria ospitante. Nota dell'Avv. Ennio Grassini, DoctorNews il quotidiano web del medico italiano, EDRA Milano 2006 [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net)

*Nessuna cosa, per quanto utile, reca giovamento in un fuggevole contatto. Aristotele*

DI ALFONSO MARRA  
magistrato

## La salute che ti spetta

### Rischia la prigione chi offende un ricoverato

**U**na severa censura e un chiaro monito nei confronti di eventuali episodi di maleducazione del personale sanitario verso gli anziani vengono da una recente sentenza della Corte di Cassazione (Sezione penale, sentenza n. 31435 del 2 agosto 2004). La Cassazione ha infatti ritenuto legittima la condanna alla reclusione inflitta ad un addetto all'assistenza agli anziani ricoverati in una casa di riposo: l'assistente aveva tenuto nei confronti dei degenzi un comportamento maleducato e arrogante, urlando agli stessi rimproveri pesanti e offensivi. La Cassazione ha precisato che tali atteggiamenti di disprezzo e maleducazione, oltre a rivelare una carenza assoluta di professionalità, costituivano fonte di esasperazione per gli anziani, che si vedevano vilipesi proprio dalla persona che avrebbe dovuto avere cura di loro. L'assistente doveva quindi ritenersi colpevole del delitto di "maltrattamenti in famiglia" (art. 572 del codice penale, reclusione da 1 a 5 anni) che tutela la persona nei rapporti fondati, non solo su vincoli familiari, ma anche sull'autorità o su specifiche ragioni di affidamento ad un soggetto in posizione di preminenza.

CORRIERE SANITÀ 19 SETTEMBRE 2004 pag. 21

Quale peggiore offesa della indifferenza e dell'inganno espressi dai moduli prestampati per carpire ed estorcere firme a chi è in uno stato di oggettiva debolezza e sottomissione proprio a cominciare dal fatto che non è nel proprio ambiente, non conosce la materia, non ha che la speranza di poter guarire, non sa?

In genere basta un minimo buon senso, un atteggiamento mentale interessato degli operatori e degli organizzatori (quanto tempo richiede la formulazione della decisione che sciogla il dilemma tra l'intervenire e il trasferire?!) della struttura sanitaria, a seguito del quale soltanto possono scaturire comportamenti adeguati...

Altrimenti non ci sono *budget* o *gadget* o *master* o *meeting* o *briefing* o altre

suggestive e seduttive referenze e conferenze e benemerenze e conoscenze e competenze che tengano!

Ma lo "stato d'animo" degli operatori e degli organizzatori è ben fotografato dagli atti di loro stessa pertinenza e provenienza: cosa si vede in effetti all'esame delle "carte", se si può per un attimo sospendere la sagra della menzogna e dell'inganno per cui in Italia quel che conta ormai non è la "tutela della salute umana" ma l'isterica e pur repressa prevalente vanità (vacuità) del "figlio dottore", del "marito specialista", del "padre primario"?<sup>[1]</sup>

Certo il contesto è ben noto: una umanità (occidentale) fredda e indifferente in ogni momento della vita quotidiana che è ormai in caduta libera perfino nei rapporti cosiddetti intimi non può certo pretendere calore umano in un ambito sanitario o scolastico dove il confine tra tecnica e arte, arte e amore, amore e ambiguità, ambiguità e fraintendimento è labile e indefinibile, se standardizzato mostruoso e se affidato all'estro e al carattere di ognuno rischioso e causa di *caos*: l'umanità in sanità è la solita solo che è *travestita* da medico (camice) o da malato (pigiamina) ma – giova sempre ricordare – con ruoli assai fragili e cangianti, posto che anche il paziente spesso è studente di medicina o materie affini ed il signor dottore non è invulnerabile e soggiace a traumi e batteri, virus e acciacchi, infiammazioni e degenerazioni. Piaccia o no questa è la pura nuda cruda realtà sempre sotto gli occhi di chiunque abbia la ventura di essere al mondo, almeno a questo così come è...

Casi che si chiarirebbero in poche ore o al massimo in qualche giornata di intelligente indagine, ove fossero affidati a registi responsabili dotati di adeguata assistenza e aggiornata attrezzatura, diventano storie infinite che lungi dal risolversi si complicano senza che si acclari alcunché sia che si tratti di una malattia che di una morte misteriosa e tutto si trascina in percorsi dolorosi e costosi in una sagra di sospetti destinata ad esaurirsi nell'oblio dei protagonisti e a macerarsi come il cumulo di carte, chiacchiere e calvari che alimentano fattispecie siffatte...

Di chi la colpa?

Dei tanti in cui il *to care* nel senso deteriore di illusione ingannatrice e non di altruistico amore prevale sul *to cure* e a tutti sta più a cuore il fregio proprio o del parente piuttosto che il minor sfregio alla salute e alla vita!

Così è per la razza umana, amante delle favole e delle fughe dalla realtà, riottosa ad ogni consapevolezza, abile solo nell'autoproclamarsi fedele al motto per cui nati non fummo *a viver come bruti ma per seguir virtude e conoscenza* o – più professionalmente – ad agire *secondo scienza e coscienza*.

Drammi che non a caso si consumano specie nelle feste e di notte quando l'animo umano dovrebbe farsi più "sensibile".

Ulteriore fondamentale elemento inibitore di ogni efficacia ed efficienza la difficoltà spinta alla impossibilità della comunicazione attraverso la interazione dei linguaggi, verbale e non, scritto e orale, grafico e fotografico: vero è che più si spiega e meno si capisce e si chiarisce...

Bene dice il **Rapporto CENSIS** (CENSIS, 33° Rapporto sulla situazione sociale del Paese, Franco Angeli, Roma 1999) là dove segnala una ubiquitaria "insensatezza collettiva".<sup>[2]</sup>

Altrimenti come si spiega il fatto che si corre quando non c'è alcuna fretta ("sto scappando" è la forma di comunicazione oggi in voga) e non ci si muove nemmeno nel momento in cui fatale può essere la conseguenza dell'inerzia (come quando si temporeggia

nell'eseguire un cesareo!)?<sup>[3]</sup>

Sotto il profilo della responsabilità nella esperienza ormai pluridecennale emerge una crescente allarmante disattenzione da parte dei medici accompagnata da ingravescente disorganizzazione delle strutture con disagio e danno per pazienti e parenti, non consapevoli del fatto che ormai la Corte di Cassazione ha stabilito che *quando in un ospedale pubblico mancano importanti attrezzature, della responsabilità del danno derivante al paziente deve rispondere il primario, il medico di fiducia, allorché dipendente della struttura, e la USL* (sentenza 6318/2000).<sup>[4]</sup> Si riportano integrali **le sentenze da leggere!**

Questo senza voler invocare quanto ormai è nell'uso comune con riferimento alla cosiddetta *scatola nera* degli eventi ospedalieri cruciali e la *informatizzazione* di ogni processo sanitario a cominciare dalla cartella clinica.<sup>[5]</sup>

Sempre la Suprema Corte stabilisce che...*il ginecologo medico di fiducia, pur non essendo responsabile delle carenze della struttura ospedaliera presso la quale svolge le funzioni di medico, ha tuttavia l'obbligo sia di informare il paziente dell'eventuale, anche solo contingente, inadeguatezza della struttura presso la quale il paziente sia ricoverato, sia di prestare al paziente ogni attenzione e cura che non siano assolutamente incompatibili con lo svolgimento delle proprie mansioni di pubblico dipendente.*<sup>[6]</sup>

Ogni stima non può prescindere da una seria riflessione sugli aspetti ed i problemi che il vivere implica e comporta, specie nella fase della conclusione di una gestazione o al termine della esistenza umana.

L'incontro tra gli operatori e le organizzazioni della sanità deve ispirarsi e sostenersi nella massima attenzione e dedizione di tutti coloro che formano la squadra degli addetti alla assistenza e alla accoglienza di pazienti (e parenti...), dal momento del travaglio al sintomo dolore che per il medico rimane *primum opus* fino all'*exitus* di cui va "curata" non solo la parte "tecnica" ma la sfera della dignità di chi sta morendo.

Come bene emerge dalla stampa scientifica...<sup>[7]</sup> e non:

Quando vi sono situazioni di particolare delicatezza e di eccezionale rilevanza, come ad esempio in ambito di procreazione, la moderna medicina impone un monitoraggio adeguato alla riduzione massima di ogni rischio per la donna e per il nascituro, senza esclusione della figura paterna. Si riscontra invece spesso la totale carenza in atti di qualsiasi traccia documentale di informazione.

*Il punto giuridico, logico, etico sta nel fatto che proprio in fasi cruciali non si rileva alcuna traccia di consenso informato che in analoghe evenienze si impone in termini anche di accurata documentazione specie se si è di fronte a volontà materne inconsuete, innaturali, improbabili.*

Dovere preciso e atto basilare da parte del medico in momenti simili il preannunciare nel miglior modo la notoria rischiosità del parto pretermine e la necessità di una urgenza spinta alla immediatezza nelle manovre volte ad intubare adeguatamente il prodotto del concepimento onde ridurre al minimo se non azzerare il periodo di sofferenza cerebrale conseguente alla mancata espansione polmonare; il che rappresenta ulteriore



pesante elemento di censura e di accreditamento di ogni eventuale rivalsa, posto che è notorio, sia nella più elementare dottrina che nella più comune giurisprudenza e prima di tutto sotto il profilo della più rudimentale deontologia, che nessuno può interferire sull'altrui persona – anche a fini medicali - senza averne prima ottenuto una documentata valida consapevole autorizzazione, aggiornata e concordata, perché il consenso è fatto dinamico e non statico, né val **nulla se ridotto a rito formale di firma all'ingresso e all'uscita...**

Infatti non serve a deresponsabilizzare nessuno la *firma* apposta dalla signora, ascrivibile al cosiddetto "consenso firmato..." della serie "firmi qui!" diffusosi per via di una medicina attestata su posizioni difensive e non di paziente documentata comunicazione cui corrisponde equivalente carenza di **medicina delle evidenze (EBM)**: d'altra parte notorie e definitivamente tramontate nella dottrina come nelle *guidelines* di tutto il mondo civile appaiono le sette alternative alla medicina della evidenza che si commentano da sole.

**Medicina basata sulla "EMINENZA" (fiducia sulla propria autorevolezza).**

**Medicina basata sulla "VEEMENZA" (forza di persuasione).**

**Medicina basata sulla "ELOQUENZA" (attitudine al dibattito).**

**Medicina basata sulla "PROVVIDENZA" (che Dio ce la mandi buona).**

**Medicina basata sulla "DIFFIDENZA" (atteggiamento d'attesa).**

**Medicina basata sulla "INSOFFERENZA" (tendenza alla litigiosità).**

**Medicina basata sulla "CONFIDENZA" (eccesso di mestiere).** <sup>[8]</sup>

La validazione di ogni successivo atto medico rappresenta solo l'*incipit* di quella che a ragione viene definita **alleanza terapeutica** e si è in ambito di **rapporto contrattuale**, *ex iure*, quando si accede ad una struttura pubblica, ove dovrebbe essere garantita la massima attenzione e la capacità di rapide decisioni ed equipollenti interventi se si configurano emergenza ed urgenza.

Due i doveri dei professionisti della sanità per corrispondere ai compiti loro conferiti al fine di garantire nei fatti le fasi decisive di ogni attività socio-sanitaria:

- ❑ la cura conforme alle conoscenze e capacità cliniche più aggiornate ed accurate (specie in una Azienda Ospedaliera) e solo su richiesta del cittadino (ex articolo 32 della Costituzione della Repubblica italiana che sancisce solennemente la libertà delle cure);
- ❑ la compilazione contestuale di cartelle cliniche che corrispondano a quelle norme anche di natura penale che obbligano ad uniformarsi a criteri di correttezza e completezza formale e sostanziale, in violazione delle quali si versa in fattispecie delittuose (quali il falso ideologico ed il falso materiale puniti dal Codice Penale italiano vigente alla stregua di delitti).

Sempre *sub specie iuris* si tratta poi – nella fase diagnostica e terapeutica - di evitare condotte ascrivibili all'ambito dei delitti contro la persona con tutte le aggravanti del caso, rubricabili tra le più rilevanti in considerazione della sempre ostentata e vantata sacralità di una professione autoreferenziantesi perfino come missione fin *dalla notte de tempi* (quando la medicina era solo stregoneria e non certo scienza...).

Prof. Cosimo Loré [lore@unisi.it](mailto:lore@unisi.it)  
Università degli Studi di Siena  
[www.scienzemedicolegali.it](http://www.scienzemedicolegali.it)

[1] «...Pur se in elenco apparentemente brutale si possono brevemente richiamare le note ma non debellate *noxae* di *medical malpractice* in ambito medico rimandando a precedenti più ampie analisi.

Prima causa di *medical malpractice*: la **politica**.

Se il riordino degli studi, a cominciare dall'insegnamento della educazione civica da sempre disatteso fino alla valutazione della reale idoneità degli aspiranti operatori sanitari e alla successiva formazione e selezione di medici e specialisti, dipende dalla specifica legislazione, se la riorganizzazione dei servizi sanitari non può realizzarsi che attraverso un miglior governo delle aziende ospedaliere, funzionamento degli organi di controllo, definizione della natura e dei limiti dell'attività libero-professionale, risulta evidente che l'origine ma anche il rimedio ai mali della medicina è la tanto disprezzata "politica", unico luogo da cui possono scaturire nuove norme per una modifica di abitudini e costumi, oltre che per la regolamentazione di atti e comportamenti.

Seconda causa di *medical malpractice*: la **famiglia**.

E' auspicabile che il "popolo sovrano" di costituzionale definizione riesca finalmente ad interpretare la propria sovranità in termini soprattutto di responsabilità non dimostrandosi riottoso e recalcitrante di fronte al percorso obbligato della crescita culturale e civile, pena la persistenza di una "malpratica medica" che affonda le proprie radici nelle paludi limacciose del familismo italico, dove il rifiuto di seri e responsabili impegni trova coperture compiacenti e pietistiche protezioni in parenti ed affini adulti solo per l'anagrafe, in realtà rimasti ai tempi di mitiche figure professionali (l'avvocato e il medico, il dentista e l'oculista) cui un tempo spettavano benefici economici e riconoscimenti sociali solo per il titolo loro conferito dagli Dei più che per l'arte e la perizia dimostrate.

In sostanza si preferiscono illusorie scorciatoie verso il facile guadagno ed il prestigio sociale alla lenta marcia verso l'opportuno decoro e la doverosa perizia: un fregio accademico anche a prezzo dello sfregio alla speranza di sicurezza dei cittadini ed anche di se stessi !

E' a questo malcostume domestico che va ascritto un *primum movens* dei guasti e dei guai della medicina.

Terza causa di *medical malpractice*: l'**università**.

Certo sussistono anche responsabilità da parte dei medici e di chi li forma e legittima dimenticando che preparazione teorica e capacità tecnica non bastano a configurare un professionista, se sprovvisto di coscienza etica e conoscenza deontologica, correttezza comportamentale e sensibilità sociale, doti in carenza delle quali il medico sarà esposto, malgrado il diploma, alla accusa, solo apparentemente paradossale, di esercizio abusivo della professione e considerato punibile pur se tecnicamente perfetto (si pensi al famoso caso del chirurgo Massimo accusato di omicidio preterintenzionale per la semplice mancanza di adeguato consenso da parte di un paziente pur correttamente trattato sotto il profilo tecnico): per contro sarà facilmente perdonato o neanche citato il medico che abbia commesso un errore in buona fede e con umano rispetto.

E poi tutte le volte che un esame è "favorito" o un concorso è "truccato" o risolto, come taluno propone, con calcoli solo algebrici, così ogni volta che si bara per "far carriera", anche in ambito accademico, ogni volta che si pubblica una casistica "arricchita" grazie all'inventiva di pseudostudiosi (eppure basterebbe confrontare i dati delle cosiddette statistiche con i ricoverati reali) e quando una relazione od un articolo sono apocrifi per il notorio assemblaggio di scritti altrui o la sfacciata traduzione di autori magari lontani ed esotici (memorabile il caso napoletano del cosiddetto "Professor Copia" !), così anche se si omette in bibliografia solo l'articolo da cui si è tratto troppo insegnamento e... giovamento e pure nell'ipotesi, quasi "normale" in certa letteratura medica, delle folte schiere di nomi di autori "del nulla" uniti solo dal vincolo del reciproco scambio, ed infine nel caso non infrequente della ricerca realizzata grazie al sacrificio oscuro di qualche anonimo "collaboratore", ebbene in ognuna delle situazioni prefigurate è da identificare una delle principali ragioni del degrado della cultura e della professione medica.

Quarta causa di *medical malpractice*: la **sanità**.

Va detto che la categoria medica, un tempo casta dominata da ciarlatani quasi sempre impuniti (si pensi al fatto che nell'antichità si poteva impunemente trapanare il cranio al paziente per farne uscire gli spiriti maligni...), paga un prezzo sproporzionato alle colpe reali proprio da quando la medicina è divenuta scienza, cioè esperimento misurabile ed esperienza verificabile, e la sanità si è organizzata nelle aziende e regolamentata nei codici, proprio in questo secolo di grandi conquiste scientifiche ed eccezionale progresso sociale.

In effetti a fronte della crescita imponente e del miglioramento costante del patrimonio biologico dell'uomo constatabile dall'allungamento della vita media e dall'incremento della statura umana e soprattutto dalla moderna concezione della salute intesa nel più lato significato di benessere e dalla più civile consapevolezza del senso politico ed etico prima che tecnico e scientifico della professione medica, paradossalmente è cresciuto il contenzioso contro i medici, per il crollo di quel rapporto di fiducia in passato spinto a livelli fideistici, caratterizzato dal prestigio di un medico autorevole e spesso autoritario (si pensi al terribile Dottor Purgone di Molière che rimprovera il suo malato immaginario Argante per essersi "...sottratto all'obbedienza dovuta al medico curante..."), poi divenuto paternalistico e protezionistico, infine competitivo-concorrenziale, inevitabilmente destinato al conflitto...» (Cosimo Loré, *L'oftalmologia tra dubbi etici e certezze medico-legali*, **Rivista Italiana di Medicina Legale**, 4-5, 1013, 2000).

[2] «...Non sovvenissero ottimismo fedele ed indulgente cinismo ci sarebbe da essere umiliati e disperati di fronte all'attuale incapacità italiana di fare retrospesione del passato, interpretazione del presente, esplorazione del futuro. È umiliante vivere quotidianamente la contraddittorietà, l'impudenza e quasi la sconnessione psichica con cui ci si rinfaccia ogni cosa sia avvenuta nel recente passato, in cangianti risacche di colpevolezza o di risentimento che non mettono certo ordine nella coscienza storica della collettività. È umiliante e disperante constatare quanto sia povero il livello di

interpretazione del presente: non si ha nozione precisa di come va l'economia, non si ha coscienza reale della nuova composizione sociale; neppure si riesce a capire quali accenti di verità e di realismo guidino la dialettica politica e l'evoluzione istituzionale. È disperante rilevare come sia andata scemando quella "voglia di mangiare il futuro" che ci aveva reso uno dei popoli più aggressivamente vogliosi di sviluppo: c'è appagamento, inerzia, poca voglia di maggiore competizione e rischio, qualche venatura di passività nell'accettazione di una stabilità imposta da fuori, addirittura una propensione alla deresponsabilizzazione verso ogni futuro che non sia puramente individuale. Le previsioni, le valutazioni di scenario ed anche le esortazioni all'impegno collettivo (a metterci anima o coraggio) diventano inerti esercitazioni di tecnocrazia retorica. Ognuna delle constatazioni sopra compiute potrebbe essere confermata in dettaglio (su tutti i relativi sostantivi, aggettivi e verbi) attraverso innumerevoli riferimenti probatori di vicende, dichiarazioni, controindicazioni e silenzi. In un tale crescendo nel tempo da far temere ("motus in fine velocior") che corriamo il pericolo di incartarci nell'**insensatezza collettiva...**».

[3] Come non condividere quel che leggiamo nel volume "*Il sogno europeo*" di Jeremy Rifkin edito da Mondadori nel 2004 e tradotto in italiano da Rosalba Fruscalzo? Riportiamo un significativo passaggio: «...allora anche l'andatura sempre più accelerata dell'attività umana, di cui è causa la rivoluzione globale delle comunicazioni, ha allo stesso modo alimentato una certa impazienza. Il desiderio di risposte tempestive e rapide soluzioni a problemi molto complessi conduce spesso a un modo di pensare assolutistico e ignorante, nonché a comportamenti di convenienza a spese di approcci più ragionati e prudenti che permettano di prendere delle decisioni. I media spesso alimentano questa frenesia con conseguenze spaventose. Infine la sempre più scarsa capacità di prestare attenzione provoca assuefazione in questo senso. Con il diminuire della capacità del pubblico di prestare attenzione cresce la necessità dei media di aumentare gli stimoli e di accorciare l'intervallo di tempo che intercorre tra uno stimolo e l'altro in modo da riuscire a tenere desta l'attenzione della gente. Il risultato è che giovani menti rischiano di essere intorpidite dalla costante escalation di stimoli. Ma è assai meno probabile che una persona desensibilizzata sia in grado di simpatizzare e identificarsi con gli altri. L'empatia richiede una placida resa, un'elevata sensibilità e un protendersi verso gli altri con i quali si condivide e si è in comunione. Una persona opportunistica, affamata di attenzione, piena di stress e rabbia repressa è incapace di provare empatia. Eppure l'empatia è la dote emotiva critica necessaria per acquisire una vera coscienza globale...».

[4] **Cass. Civ., III Sez., sentenza 6318 del 16 maggio 2000.** Responsabilità civile - Colpa professionale del medico - Ravvisabilità della responsabilità del primario dell'ospedale, per danno neonatale dovuto a difettosa assistenza al parto, nella mancata acquisizione di informazioni sullo stato della partoriente e sull'attività dei medici che la avevano in cura, nonché nella mancata adozione di possibili accorgimenti sostitutivi della contingente carenza di apparecchiatura essenziale per una corretta terapia, e nella mancata informazione alla paziente di tale indisponibilità - Sussistenza della responsabilità del medico di fiducia, operante nello stesso ospedale, per inosservanza dell'obbligo, determinato dal rapporto di natura privatistica con la paziente, di informare la stessa della eventuale inadeguatezza della struttura, e di fornirle l'assistenza che non sia incompatibile con la propria posizione di dipendente pubblico. *Il primario ospedaliero ben può essere chiamato a rispondere del danno derivante al neonato da difettosa assistenza alle fasi del parto, avvenuto nello stesso ospedale, in quanto, anche se non si può esigere da lui un controllo continuo ed analitico di tutte le attività terapeutiche che si svolgono all'interno del reparto, egli ha, però, la "responsabilità del malato", cioè che gli impone la puntuale conoscenza delle situazioni cliniche dei degenti, e la vigilanza sull'attività del personale sanitario, con obbligo di assumere informazioni precise sulle iniziative degli altri medici cui il paziente sia stato affidato, ed indipendentemente dalla responsabilità degli stessi. Ed anche in caso di contingente mancanza dell'apparecchiatura necessaria, per quanto non imputabile al primario, questi ha l'obbligo di adottare i possibili accorgimenti sostitutivi, e di informare la paziente del maggior rischio di un intervento che si svolga senza l'ausilio di detto strumento (nella specie, il cardiocografo, necessario per il monitoraggio del feto), anche se la legislazione nazionale non prevede uno standard di riferimento degli strumenti di cui una struttura pubblica deve essere dotata. Parimenti, è configurabile la responsabilità del medico di fiducia della paziente, operante nella stessa struttura pubblica, che presumibilmente, proprio per tale ragione, la stessa abbia scelto per il parto, per difetto di assistenza alle varie fasi del parto, in quanto, anche se a lui non possono essere addebitate le carenze della struttura stessa, né la condotta colposa di altri dipendenti dell'ospedale, tuttavia egli è tenuto, in virtù del rapporto privatistico instaurato con la paziente, ad informarla della eventuale inadeguatezza dell'ospedale, ed a prestarle ogni attenzione e cura che non siano incompatibili con la propria posizione di dipendente pubblico. Cod. civ., art. 2043. D.P.R. 27 Marzo 1969, n. 128, art. 7.*

[5] «Il corso *on-line* di medicina legale mira a colmare una difficoltà se non una lacuna nella informazione e nella formazione degli studenti ed anche degli studiosi di una disciplina in cui la comunicazione risulta sempre più protagonista nei rapporti tra operatori del diritto e della medicina nonché tra enti, istituti, istituzioni, associazioni, assicurazioni e cittadini in genere. Al gran numero di testi, manuali e saggi di carattere introduttivo (intesi a soddisfare la esigenza di "alfabetizzazione" medico-legale) non corrisponde un adeguato impegno dei mezzi di comunicazione di massa per la formazione di una compiuta conoscenza e di una consapevole coscienza dei fondamenti della materia e della sua peculiare interdisciplinarietà. Tale obiettivo è conseguibile affiancando ai sussidi cartacei di facile obsolescenza strumenti informatici in continuo dinamismo tutt'altro che in voga nella accademia italiana. Il corso propone un modello originale di studio basato sulla convergenza tra informatica e medicina legale. Si tratta solo di un inizio perché a ben guardare si imporrebbe anche una non meno impegnativa analisi degli ormai irrinunciabili collegamenti tra medicina legale e informatica sul piano operativo e quindi anche sotto il profilo di uno studio compiuto della moderna realtà medico-legale. In concreto non si vede come sia oggi possibile prescindere dall'impiego di quegli strumenti che in ogni ambito rendono possibile l'automazione di atti burocratici, amministrativi, di archivio, che in medicina, là dove in uso,



hanno rivoluzionato le tradizionali attività di prevenzione, diagnosi, terapia. La medicina si confronta da sempre con uno dei sistemi a più elevato grado di complessità: ne sono protagonisti uomini, cioè organismi biologici interagenti con macchine e immersi in una società. Modellare tali sistemi è la sfida che deve raccogliere la medicina che vuole farsi scienza: per la loro analisi e perfino nella prospettiva di una possibile previsione dei comportamenti. Rendere l'approccio medico "idoneo" agli strumenti dell'informatica sconvolge canoni tradizionali, in modi spesso estremamente "salutari", grazie alla necessità di un rigore e di una formalizzazione spesso sconosciuti alla medicina tradizionale. Informatica quindi accessibile agli operatori della sanità ma anche agli utenti e ascrivibile di conseguenza all'ambito scientifico e pratico della medicina, elemento essenziale per la comunicazione e l'azione di ogni soggetto coinvolto nella vicenda della prevenzione-cura-riabilitazione ed anche naturalmente della interpretazione e valutazione medico-legale: queste appaiono le idee e le logiche che potrebbero ispirare un corso on-line di ben maggiore respiro che riduca gli spazi di una medicina ambigua e arcana, vaga e vana, come è stato fin dalla notte dei tempi, tra stregoneria e magia, autoritarismo e velleitarismo. L'identità del professionista sanitario e la sua dignità si dovranno configurare attraverso una coscienza ed una scienza espresse da "atti" rilevabili e misurabili, accessibili e comprensibili, acquisibili ed archiviabili, trasmissibili e confrontabili in ogni momento e in ogni posto, disponibili per i professionisti come per i pazienti, dimostrabili fino alla sede estrema del contenzioso assicurativo e processuale, con grande vantaggio per i tempi ed i costi di ciascuno di questi "processi", con riduzione evidente della burocrazia e della ciarlataneria... Di qui lo svilupparsi di una nuova, più scientifica medicina e medicina legale, che invita ad una trattazione ben più ampia ed organica delle tematiche e problematiche connesse al rapporto professionista-paziente là dove l'incontro avviene in maniera sempre più spersonalizzata (per l'avanzare delle tecnologie, il progredire delle specializzazioni, l'organizzarsi della sanità in strutture sempre più complesse e affollate). Si impone altresì un riesame di tutta la "materia medica" in riferimento anche ai contenuti e ai limiti del cosiddetto "consenso informato", all'uso (e all'abuso...) di termini come "segreto", "privacy", "trattamento medico-chirurgico", "trattamento dei dati sensibili", alla "telediagnosi", al "teleconsulto", al "telesoccorso", alla "teleassistenza", alla "teleradiologia" e alla robotica medica e chirurgica, alla modalità e liceità dell'uso dei dati e delle "banche dati", al significato di "protocolli" e "linee guida", alla prospettiva dell'incontro tra un mondo giuridico ed uno medico entrambi "telematici", alla definizione della responsabilità professionale in una medicina "virtuale". Una informazione meritevole di entrare (anche in formato CDROM) nei circuiti scolastici ed accademici sia per la più elementare educazione sanitaria che in forma di sussidi specialistici per i diplomi universitari, per la carenza (e l'ignoranza) che si riscontrano proprio tra coloro che dovrebbero essere i destinatari ed i protagonisti di una società moderna, caratterizzata dallo sviluppo delle telecomunicazioni e dell'informatica oltre che della robotica medica e chirurgica, un mondo dove l'alfabetizzazione non può prescindere dallo studio basilare e preliminare dei linguaggi (italiano, inglese, informatica) e delle tecniche (scrittura manuale ed elaborazione elettronica, anamnesi personale e indagine clinica, imaging radiologico e robotica medica). Un contributo che si propone come strumento utile alla "mutazione culturale" imposta dai tempi e non certo auspicabile quale opzione o moda, ma doverosa, urgente e intelligente rivoluzione per la crescita dell'uomo, per la tutela del malato, per la garanzia del medico.» [si veda in <http://www.scienzemedicolegali.it/lecce/contenuto/corso.htm>]

[6] Ginecologo deve informare la partoriente sulle possibili carenze dell'ospedale  
(Cassazione, sez. III civile, sentenza 21 luglio 2003 n. 11316)

La Cassazione ha stabilito che il ginecologo medico di fiducia, pur non essendo responsabile delle carenze della struttura ospedaliera presso la quale svolge le funzioni di medico, ha tuttavia l'obbligo sia di informare il paziente dell'eventuale, anche solo contingente, inadeguatezza della struttura presso la quale il paziente sia ricoverato, sia di prestare al paziente ogni attenzione e cura che non siano assolutamente incompatibili con lo svolgimento delle proprie mansioni di pubblico dipendente. La Suprema Corte, con la sentenza n. 11316 del 21 luglio 2003, affronta nuovamente il tema della responsabilità del medico dipendente di una struttura ospedaliera per i danni subiti da un neonato, partorito da una donna della quale costui era medico di fiducia, per difetto di assistenza nelle varie fasi del parto. Nella sentenza i giudici ribadiscono inoltre che in tema di responsabilità professionale del medico-chirurgo compete al medico, tutte le volte che il caso affidatogli non sia di particolare complessità, provare che l'insuccesso del suo intervento è stato incolpevole e non al paziente dimostrarne la colpa.

[7] Pubblicazioni su volume e rivista in tema di dolore (di Cosimo Loré):

1. Le droit au respect de la personne: le droit à la mort et l'euthanasie, Manuel sur "Le Médecin et les Droits de l'Homme", Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1982 (con M. Barni).
2. Aspetti medico-legali della terapia antalgica, Relazione al Convegno su "Terapia Antalgica", Prato, 16 novembre 1980 (con G. Bellucci).
3. Contributi epidemiologici in bioetica clinica per l'approccio ai processi decisionali, Professione-Sanità Pubblica e Medicina Pratica, 5, 29, 2000 (con R. Cecioni e M. Giacchi).
4. Qualità dei servizi sanitari e *customer satisfaction*: primi risultati di uno studio pilota, Difesa Sociale, 5-6, 7, 2000 (con A. Coluccia e F. Ferretti).
5. Decisione medica e diritti del malato: l'informazione e il consenso, Manuel sur "Le Médecin et les Droits de l'Homme", Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1982, Federazione Medica, 6, 508, 1984 (con M. Comporti).
6. Tortura e dolore, Manuel sur "Le Médecin et les Droits de l'Homme", Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1982, *Algologia*, 1, 1, 1983 (con S. Di Giorgi e C. Pogliano).
7. La regolamentazione dell'atto medico: una pericolosa tendenza giurisprudenziale, *Zacchia*, 3, 310, 1979 (con G. Bellucci).

8. Personalizzazione delle cure e coinvolgimento nelle decisioni cliniche: note sulla *advance health care planning*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 3, 709, 2000 (con M. Del Grosso e R. Cecioni).
9. 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 Medicinae Legalis Japonica, 4, 157, 1980 (con G. Dell'Osso e P. Martini).
10. 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 (con P. Giomarelli).
11. Il medico legale di fronte al dolore-malattia, Relazione al IX Congresso Nazionale della Società Italiana dei clinici del dolore, Sorrento (NA), 25-28 novembre 1999 (con L. Palmieri e P. P. Balli).
12. Cesare Biondi e la obiettivazione del dolore: un insegnamento ancora attuale, Relazione al Convegno Nazionale di Algologia, Cortona (AR), 3-4 novembre 1984.
13. Il dolore: aspetti e problemi medico-legali, Relazione al II Convegno della Società Italiana per lo Studio del Dolore, Siena, 17-18 giugno 1978, Il Dolore: problemi di fisiopatologia e terapia, Cortina, Verona, 1979.
14. Medical-legal aspect of therapy against pain, Relazione al Second International Postgraduate Practical Course on Pain Therapy, Vicenza, 19 settembre - 2 ottobre 1982, Elsevier Biomedical Press, Amsterdam, 1982, Medicina e dolore, Algologia, 1, 17, 1982.
15. Tra dolore e piacere: la dottrina medico-legale per una nuova cultura dell'uomo, Relazione al Convegno "Non solo scienza", Lecce, 13 dicembre 1991.
16. 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 (con G. Pari e L. Palmieri).
17. Le pronunce giurisprudenziali in caso di morte di un prossimo congiunto, Relazione alla Giornata di Studio su "La valutazione medico-legale del danno da morte di un prossimo congiunto", Colle di Val d'Elsa (Siena), 10 maggio 1997, Centro Stampa della Università degli Studi, Siena 1997 (con I. Piva).
18. 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 (con G. Pari e L. Palmieri).
19. Il medico legale di fronte al dolore-malattia, Relazione al IX Congresso Nazionale della Società Italiana dei clinici del dolore, Sorrento (NA), 25-28 novembre 1999 (con L. Palmieri e P. P. Balli).
20. Contributi epidemiologici in bioetica clinica per l'approccio ai processi decisionali, Professione-Sanità Pubblica e Medicina Pratica, 5, 29, 2000 (con R. Cecioni e M. Giacchi).
21. Il contagio di sifilide e blenorragia tra legge e medicina, Giornale Italiano di Dermatologia e Venereologia, 5, 647, 2000 (con F. Cherubini Di Simplicio, M. L. Flori, A. Cherubini, M. Fimiani).
22. Personalizzazione delle cure e coinvolgimento nelle decisioni cliniche: note sulla *advance health care planning*, Rivista Italiana di Medicina Legale, 3, 709, 2000 (con M. Del Grosso e R. Cecioni).
23. Terapie invasive nel trattamento delle cefalee: il ruolo della neurostimolazione, Relazione al Corso Nazionale di Aggiornamento 2000 "Nuove prospettive nella terapia delle cefalee", Spoleto, 14-17 settembre 2000 (con G. Pari e F. Rosadini).
24. Dolore e sofferenza nel malato neoplastico: un approccio etico-deontologico, "Il Pensiero Scientifico" Editore, Roma 2001 (con R. Cecioni e L. Canavacci).
25. Bioetica, medicina sociale e dolore, Relazione al X Congresso Nazionale della Società Italiana dei Clinici del Dolore, Modena, 12-14 ottobre 2000 (con R. Cecioni e G. Pari).
26. Il controllo del dolore quale diritto fondamentale della persona, Relazione al X Congresso Nazionale della Società Italiana dei Clinici del Dolore, Modena, 12-14 ottobre 2000 (con R. Cecioni).
27. Valutazione epidemiologica, clinica e medico-legale delle cefalee: esigenza di adeguate *guidelines*, Relazione al Congresso Nazionale della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee, Firenze, 11-13 giugno 2001 (con G. Pari).
28. La diagnostica algologica nelle algie cervico-facciali, Relazione al Congresso Nazionale della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee, Firenze, 11-13 giugno 2001 (con G. Pari e F. Rosadini).
29. Possibili trattamenti odontoiatrici nelle nevralgie facciali, Relazione al Congresso Nazionale della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee, Firenze, 11-13 giugno 2001 (con F. Rosadini e G. Pari).
30. Il rapporto medico-paziente, Relazione all'European Week Against Pain dell'International Association for the Study of Pain (IASP), Siena, 8-13 ottobre 2001.

[8] Di Isaac D. e Fitzgerald D. "Seven alternatives" in EBM, BMJ, 819, 1999.