

Medicina legale

L'articolo 20 del Nuovo Codice di Deontologia Medica: "rispetto dei diritti della persona"

G. Basile
A. Passeri
F. Monteleone
R. Bellerò
G. Della Croce¹

Scuola di Specializzazione in
 Medicina Legale dell'Univer-
 sità degli Studi di Ferrara,
 Dipartimento di Scienze
 Biomediche e Terapie Avanzate,
 Sezione di Medicina Legale,
 via Fossato di Mortara 64/B,
 44100 Ferrara.

¹ Medico Legale e Fisiatra, Viale
 Misurata 34, 20146, Milano.

Indirizzo per la corrispondenza:
 Dott. G. Basile, Piazza Cinque
 Giornate n. 3, 20129 Milano.
 Tel. 02 54121641. E-mail: basi-
 letraumaforense@virgilio.it

Ricevuto il 4 maggio 2007
Accettato il 2 settembre 2007

L'art. 20 dell'ultima edizione del codice di deontologia medica recita "il medico deve improntare la propria attività professionale al rispetto dei diritti fondamentali della persona". Proprio dal termine "diritti fondamentali della persona" si sviluppa un concetto giuridico-dentologico che prevede il rispetto della persona umana fondata su una reciproca e franca comunicazione tra il medico ed il paziente.

Tra questi diritti si riconosce un valore assoluto ed imprescindibile al bene-salute, fisica e psichica, del paziente-assistito che si articola sinteticamente nel diritto alla autodeterminazione, alla informazione ed al consenso consapevole all'atto medico, nel pieno rispetto della propria libertà e dignità in quanto essere umano.

Ciò significa che la positiva dialettica che si dovrebbe instaurare preventivamente, in via empatica, tra il medico ed il proprio assistito sia da relegare almeno alla stregua di quanto la giurisprudenza abbia suggerito e previsto nel corso degli ultimi anni.

Da ciò nasce una sorta di provocazione che gli scriventi vorrebbero porre ai colleghi che può essere sinteticamente espressa in "sei sicuro di esserti comportato veramente bene?".

È nostra convinzione, infatti, che la maggior parte delle controversie giudiziarie in ambito di responsabilità professionale derivi da un limitato rapporto personale tra medico e paziente ¹.

Si pensi ad esempio a concreti, quanto "banali", episodi di vita lavorativa quotidiana in cui tutti noi ci siamo ripetutamente imbattuti.

Non raramente ci siamo trovati noi medici, in veste di pazienti o come accompagnatori, a dover attendere a lungo nelle sale di un pronto soccorso prima di essere ricevuti dal collega di guardia, magari afflitti da una patologia tale da suscitare una peculiare preoccupazione, senza ottenere rassicurazioni dal punto di vista "umano" prima che strettamente clinico.

Ancora, quante volte abbiamo assistito alla degenza di persona disabili, per patologia o vecchiaia, privati del minimo conforto da parte del collega di turno.

Non da ultimo si citano episodi in cui il paziente-assistito abbia chiesto delucidazioni sul "perché non riusciva più a muovere il piede nel modo giusto" senza riceverne le dovute spiegazioni ed attenzioni nel risolvere la problematica.

È nostra convinzione, come sopra rimarcato, che la maggior parte delle controversie legali sia conseguenza di un viziato rapporto medico-paziente che vede oggi il medico sempre più tecnico, aperto alla super-specialità nell'ambito della specializzazione di pertinenza (chirurgia della spalla; chirurgia vertebrale; ecc.) e sempre meno propenso ad aprirsi umanamente nei confronti del malato, ancor prima di procedere a qualsiasi atto medico (previa necessaria quanto dovuta informazione preliminare al consenso).

In verità, la problematica connessa alla attestazione della causa di giustificazione e di legittimazione della prestazione medico-chirurgica va ponendosi nell'ultimo decennio in termini sicuramente diversi e di maggior impegno rispetto a quanto non fosse in precedenza.

Sono ben noti a chi scrive i fondamenti dottrinari ed ordinamentali pre-costituzionali, la riorganizzazione costituzionale e quella legislativa post-costituzionale della materia, nonché l'impostazione giurisprudenziale che, sempre più intensamente, tende a richiedere anche elementi attestativi formali della consapevolezza, della convinzione e, più in generale, della validità dell'attestazione di volontà del paziente, con riferimento all'esposizione ed all'esecuzione a/di procedure diagnostico-terapeutiche medico-chirurgiche, necessarie o elettive, comunque programmabili (cfr. Cass. 10014/1994; Cass. 364/1997; Cass. 7027/2001; Cass. S.U. 13533/2001; Cass. 8827/2003; Cass. 8828/2003; C. Cost. 233/2003; Cass. 14638/2004; Cass. 4400/2004; p.es.).

Riteniamo quindi necessario, alla luce delle precedenti considerazioni/provocazioni, richiamare i principi che connotano il rapporto medico/paziente dal punto di vista deontologico, ma la cui inosservanza costituisce l'"anticamera" del contenzioso giuridico.

Da sempre uno degli aspetti di maggiore interesse di pertinenza medico-legale, oltre che naturalmente clinica, è costituito dal rapporto che di norma si instaura, o quantomeno si dovrebbe instaurare, tra il paziente che si rivolge al consulente clinico per la risoluzione di un quesito diagnostico-terapeutico ed il clinico, chiamato a farsi carico, in virtù della propria posizione di garanzia in quanto conoscitore del sapere e della scienza medica, della tutela del principale bene dell'individuo e della collettività, costituzionalmente salvaguardato, la "salute".

Il complesso rapporto ambivalente che sussiste tra medico e paziente, ma in genere tra medico e società, è pervaso, in particolar modo negli ultimi anni, da interessi che, ancor prima di penetrare nella specifica ed intricata sfera della medicina, rientrano nell'ambito della vera e propria sociologia.

La sua origine sembra poter essere recuperata nella ormai millenaria ambivalenza tra prevalente sentimento del singolo e della società di tendere all'immortalità, o comunque al prolungamento della vita, con la costruzione meccanicistica di un modello perfetto di medicina terapeutica, quasi investita da un alone di onnipotenza, e la cruda realtà della manifesta ed invalicabile limitatezza della scienza di fronte all'inesorabile deperimento evo-

lutivo, fisiologico e patologico, del corpo umano ed alla malattia.

Proprio in virtù di tali premesse, occorre sottolineare come, innanzitutto, il rapporto medico-paziente debba caratterizzarsi secondo precisi canoni sociali auspicabili in ogni tipo di rapporto interpersonale: rispetto, cordialità, serenità, interesse, attenzione, correttezza, chiarezza, comprensibilità, sincerità, umiltà.

Ciò che di diverso contraddistingue, nello specifico, il rapporto tra medico ed il proprio assistito risiede, tuttavia, nella "disparità" dei ruoli dei due interlocutori: da un lato, il paziente risulta affidatario quasi passivo del proprio bene "salute", dall'altro, il medico viene individuato come fiduciario e garante di quel sapere finalizzato alla tutela dello stesso bene "salute".

Tale disparità, se da un lato lascia trasparire una posizione di privilegio del medico che, in virtù del proprio ruolo di "fonte" del sapere scientifico, può venir colto da un senso di superiorità intellettuale e decisionale nei confronti del paziente, con libero arbitrio sulla scelta del percorso diagnostico-terapeutico da intraprendere²; dall'altro investe il medico medesimo di un'aspettativa di guarigione pressoché certa da parte dell'affidatario, inteso quale obbligo di risultato ineluttabilmente improprio della scienza medica, pericolosamente alla base del sempre più frequente contenzioso giudiziario.

È quindi compito del medico adoperarsi con scienza, coscienza ed umanità nell'intento di instaurare un sereno, limpido ed onesto rapporto fiduciario con il paziente, che non perda tuttavia mai il carattere della reciprocità colloquiale, auspicabile fondamento di ogni rapporto interpersonale.

L'apertura del medico verso il proprio assistito, che renda manifesta la volontà di ascoltarlo, di informarlo sulle eventuali scelte diagnostico-terapeutiche, di renderlo partecipe in prima persona del proprio percorso clinico e libero di assumersi l'onere di convalidare e di legittimare l'agire del curante tramite l'espressione di un valido consenso^{3,4}, consentirà di evitare l'edificazione di false aspettative da parte dell'assistito, consapevolmente informato del proprio stato di salute e delle potenzialità ed, al tempo stesso, dei limiti della scienza medica.

Una strutturazione del rapporto interpersonale medico-paziente realizzata secondo i suddetti schemi garantirebbe, altresì, una migliore qualità della prestazione sanitaria che, riconoscendo, peraltro, nella fase anamnesticamente un'imprescindibile passaggio del macchinoso processo diagnostico-terapeutico, troverebbe nel colloquio col

paziente un'inesauribile fonte di dati e di elementi di impagabile utilità sanitaria.

La dimostrazione da parte del curante, già al primo incontro, di un reale interesse non solo professionale ma anche umano per la salute del proprio assistito avrebbe maggiore probabilità di indurre in quest'ultimo un senso di fiduciosa serenità e sicurezza nei confronti dell'atto medico, fino ad una più adeguata inclinazione alla collaborazione ed alla disponibilità nell'interesse della propria salute, lontano da aprioristiche ideazioni di trascuratezza, inadeguatezza tecnica, incompetenza scientifica, concetti attualmente sempre più di frequente connessi al termine di "malasanità".

Dal punto di vista prettamente medico-legale, uno dei principali e più discussi aspetti correlati alla prevenzione del contenzioso giudiziario è proprio correlato alla valutazione dell'adeguatezza del rapporto medico-paziente.

È di osservazione comune allo specialista medico-legale apprendere più o meno esplicitamente che la volontà di rivalsa spesso avanzata da pazienti nei confronti di singoli specialisti o di Aziende Sanitarie ed Ospedaliere nasce dalla percezione franca, ancor prima che di un eventuale errore tecnico, diagnostico o terapeutico che sia, di una sorta di "maltrattamento psicologico" od "abuso di potere" esercitato dal personale medico o para-medico nei propri confronti. Subentra, di conseguenza, nel paziente un'irrefrenabile desiderio di "vendetta" e di "punizione", una forma di rivalsa nei confronti di chi, a suo giudizio, ha violato, in funzione della sua posizione socio-professionale, non solo i propri diritti di uomo, ma, ancor più grave, i propri diritti di malato, termine culturalmente e popolarmente associato al concetto di debole, indifeso, bisognoso di aiuto.

La diffusione sociale di tale sentore popolare, sempre più opprimente nei confronti del settore sanitario, unitamente alla promozione mediatica di "ipermedicalizzazione" ed onnipotenza della scienza medica, ha fatto sì che il paziente non si riconoscesse più quale passivo affidatario, al garante del sapere medico, del proprio bene salute ma quale soggetto di diritto di una guarigione inesorabilmente da conseguirsi, onde riversare irragionevolmente, in caso contrario, l'addebitamento dell'insuccesso all'incapacità tecnico-teorica del sanitario.

Consci, pertanto, del mutamento sociale e culturale dei rapporti intercorrenti in ambito sanitario e, soprattutto, della riconsiderata valenza popolare della figura del medico, non più investito di un "potere autoritario" nei confronti del paziente, precedentemente emarginato, in

parte per propria scelta, dal processo induttivo diagnostico-terapeutico perchè pervaso da un sentimento di subordinazione culturale, ma attualmente "bollato" (soprattutto in ambito ospedaliero) della figura di mero "impiegato statale" con l'obbligo morale (fortunatamente non ancora giuridico) di fornire uno standardizzato prodotto merceologico, la "guarigione clinica", pena la chiamata in causa (civile o penale)⁵ in ogni occasione di insoddisfazione del cliente, crediamo che allo stato attuale la strada che possa aiutare il medico a districarsi nella "giungla" della sanità e liberarsi dai tentacoli della giustizia di merito (non troppo accondiscendente nei confronti dell'operatore sanitario) debba essere ricercata proprio nel recupero, da parte del medico stesso, della reale natura dell'esercizio della professione sanitaria, la tutela della salute del paziente, intesa, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, quale benessere fisico, psichico e sociale dell'individuo, cominciando da un dignitoso e rispettoso rapporto umano.

È così che il tentativo di abortire l'embriogenesi del contenzioso medico-legale deve prendere origine da un profondo esame di coscienza del sanitario il quale, armato di umiltà ed amore per l'arte medica, deve essere in grado di recuperare un profondo colloquio col paziente ed una sentita e reiterata attenzione nei suoi confronti, dimostrando un sincero interesse professionale e umano per la vicenda clinica del paziente, ancor prima di suffragare di essere in possesso di un'adeguata cultura sanitaria e di un appropriato tecnicismo.

Da quanto sinora esposto, potrebbe dedursi che l'elevata conflittualità giuridico-amministrativa esistente allo stato attuale in tema di responsabilità professionale medica derivi principalmente dalla mancata considerazione dell'importanza della sintonia del rapporto medico-paziente.

Ciò, deve ammettersi, non corrisponde a verità.

Difatti, nella realtà quotidiana della gestione sanitaria, il deterioramento in atto nel rapporto medico-paziente costituisce elemento di attenta valutazione.

Tuttavia, il tentativo di ovviare a questi contrasti (spesso, si ribadisce, di natura inter-personale e sovente extra-terapeutica) viene collocato nell'ambito della cosiddetta "gestione del rischio", termine che caratterizza il complesso di procedure rivolto a minimizzare tutti quegli aspetti "critici" della pratica sanitaria, suscettibili non solo di tradursi in contenziosi giuridici e/o amministrativi, ma, in senso lato, possibili fonti di deterioramento della qualità delle prestazioni erogate.

A personale giudizio, considerando anche quanto finora esposto, la giusta dimensione del rapporto tra medico e cittadino/assistito travalica concetti come "qualità", "efficacia", "efficienza", ecc.

Non può quindi essere demandata ad una procedura burocratica, seppure necessaria, come la raccolta delle segnalazioni degli utenti (leggi reclami) e il contestuale avvio di una pratica amministrativa la risoluzione della problematica relativa all'insoddisfazione del paziente nei confronti di chi lo ha curato.

Da un lato, il cittadino/assistito non si ritiene adeguatamente "ristorato" nel consegnare all'ente sanitario un modulo o una lettera che può non contenere i reali motivi della propria insoddisfazione.

Dall'altro, il medico che vede recapitarsi la segnalazione da parte dell'Azienda si pone sulla difensiva, giustificando il proprio operato da un punto di vista prettamente terapeutico e trascurando, ritenendolo inopportuno e superfluo, di rispondere in merito a situazioni "extra-sanitarie" che possano aver contribuito a determinare il reclamo stesso.

Si rende necessario, quindi, agire "a monte" di queste situazioni, mediante quello che a personale avviso costituisce l'unico metodo realmente efficace ed irrinunciabile, cioè la formazione del personale sanitario.

In proposito, negli Atenei, ove il medico (allo stato attuale anche il personale sanitario non medico) compie i suoi studi professionali, si è sempre dedicato un trascurabile spazio alla disciplina deontologica, sovente trattata superficialmente nei corsi teorico-pratici di semeiotica o metodologia clinica.

Di fatto, uno studente giunge in prossimità della laurea, quando ormai il suo corredo professionale è pressoché completo, ignorando i principi contenuti nel Codice di Deontologia Medica (talvolta ignorando l'esistenza del Codice stesso) e la loro concreta applicazione.

Solo nel più recente passato alcune Università hanno attivato nei primi anni del percorso formativo corsi (troppo spesso, purtroppo, "opzionali") esclusivamente dedicati allo studio dell'etica medica e della deontologia.

In questo modo, lo studente che si avvicina alla pratica sanitaria può essere edotto, prima del contatto con la "corsia", dei doveri etici a cui sarà assoggettato nell'esercizio della disciplina, nonché delle innumerevoli sfumature che caratterizzeranno il suo futuro operato, integrando l'acquisizione di una adeguata preparazione tecnica.

In sintesi, ogni passo dell'agire medico dovrà essere guidato dall'impulso sinergico tra competenza professionale e adeguata valutazione del proprio ruolo e comportamento, anche dal punto di vista "umano" e relazionale, consapevoli che l'assenza di uno solo di questi requisiti comporterà inevitabilmente una "patologia" nel rapporto di cura.

E allora, forse, ogni tanto, occorre fermarsi, riflettere e chiedersi "sei proprio sicuro di esserti comportato veramente bene?".

BIBLIOGRAFIA

- ¹ De Caprio L, Prodromo R, Ricci P, Di Palma A, Bove A. *Consenso informato e decadimento cognitivo*. Riv. It. Med. Leg. 1998;20:901-23.
- ² Fucci S. *Potere di curare del medico e diritto alla salute del paziente*. Riv. It. Med. Leg. 2003;25:405-8.
- ³ Frati P, Montanari Vergallo G, Di Luca NM. *Gli effetti del consenso informato nella prospettiva civilistica*. Riv. It. Med. Leg. 2002;24:1035-59.
- ⁴ Iadecola G. *In tema di rilevanza penale – come delitto doloso contro la vita e l'incolumità individuale – del trattamento medico eseguito senza il consenso del paziente*. Riv. It. Med. Leg. 2001;23:219-28.
- ⁵ De Matteis F. *Responsabilità professionale medica: finalità terapeutica e consenso del paziente*. Riv. It. Med. Leg. 2002;24:574-81.