

La colpa professionale medico-chirurgica, aspetti medici

Michele Masellis

Past President, Paul Harris Fellow, R.C. Palermo Est

Il concetto di colpa professionale passa attraverso quelli di rapporto medico-paziente e di deontologia e medicina

Premessa: La storia della medicina, delle varie epoche a noi note e fino all'inizio della medicina moderna, oltre che documentare la natura e le varie cause delle malattie ci presenta una visione di pratiche terapeutiche, frutto di proposte di singoli individui-medici o scuole o gruppi di scuole.

Una medicina iniziale, praticata nei templi e con caratteristiche di tipo divinatorio- sacerdotale, per una convinzione che le malattie fossero di origine divina ed imprevedibile, fu gestita con l'uso di farmaci empirici di origine animale e vegetale e con la dieta.

A partire dal V° secolo a.C., quando uomini liberi cominciarono ad imparare l'arte in scuole spesso poste nelle vicinanze dei templi, allo scopo di poter osservare i malati che vi affluivano (scuole di Crotona, Cirene, Rodi, Cnido, Coo,), la medicina ha incominciato ad acquistare una concezione laica, intesa come arte che operava secondo una causa ed un fine. Alcmeone di Crotona ed Ippocrate, partendo dal concetto che la natura è un organismo dotato di regolarità e di leggi autonome, insegnavano che la conoscenza della complessità e la specificità del corpo biologico dovevano essere comprese dal medico mediante una attenta analisi dei sintomi, associata ad una possibile loro interpretazione e previsione logico-razionale. Il medico doveva conoscere quale fosse la malattia, individuare il rimedio per la cura ed il suo meccanismo di azione. Il tutto prevalentemente sulla base di apprendimenti intuitivi ed empirici.

Per millenni, per il perdurare di convinzioni di natura parafilosofiche ed interpretative, e per la mancanza di fondamenti sulla struttura e sul funzionamento armonico dei vari organi e sulle cause e natura delle malattie, la medicina, pur avendo acquisito alcune conoscenze dei vari aspetti dell'anatomia normale e patologica e di alcune funzioni e disfunzioni del corpo, è stata priva di nozioni eziologiche attendibili e di terapie realmente efficaci.

Solo negli ultimi secoli, a partire dal 600, la presa di coscienza di aver acquisito, attraverso prove scientifiche, che la malattia è un processo naturale che colpisce il corpo umano, ha consentito la completa evoluzione della concezione laica della medicina.

La medicina attuale, infine, basandosi essenzialmente sul metodo scientifico-sperimentale, che con le cognizioni basilari anatomiche, istologiche, biochimiche e di biologia molecolare permette la conoscenza delle reali cause di molte malattie e con appropriati metodi diagnostici le relative disfunzioni anatomo-funzionali e gli adeguati metodi terapeutici, dà l'avvio alla medicina definita medicina scientifica.

Una tale evoluzione, anche se limitata nei vari periodi da norme etiche o leggi repressive e regolatrici, al fine di contenere gli insuccessi e porre barriere per disciplinare l'attività medica, ha comportato, inevitabilmente, per il conseguimento dei benefici, un alto prezzo in fatto di rischi per i pazienti

Il rapporto medico-paziente: non può non partire che dalla figura di Ippocrate, il padre della medicina laica occidentale, che lo concepiva come un relazione a "due", fatta di amicizia ed affetto. Il "buon medico" aveva, oltre che la prerogativa della "*tecnofilia*", l'amore per l'arte, anche la "*filantropia*", l'amore per l'uomo.

Un legame di tipo paternalistico, dettato anche dal fatto che, all'epoca, il medico, inteso come un mediatore tra gli dei e l'uomo, era considerato depositario di privilegi, autorità morale e impunità giuridica, finalizzati ad operare per il bene assoluto di chi era ammalato. Rapporto certamente squilibrato che vedeva da un lato il medico trattare amorevolmente il malato, ascoltandone le pene, ma sovrastandolo con il suo sapere e dall'altro un paziente che accettava passivamente. Il dovere del medico era fare il bene, quello del malato accettarlo.

Per molti secoli lo strumento di “garanzia” a disposizione del malato, che attendeva che il medico, da buono osservante, prestasse la sua opera, è stato costituito dalle regole del “**giuramento di Ippocrate** (460-377 a.C.)” al quale si deve anche il concetto del segreto professionale. “*Regolerò il tenore di vita per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio, mi asterrò dal recar danno e offesa.*”....” *In qualsiasi casa andrò, io vi entrerò per il sollievo dei malati, e mi asterrò da ogni offesa o danno volontario e fra l’altro da ogni azione corruttrice sul corpo delle donne e degli uomini, liberi e schiavi....*” “*Ciò che io possa vedere o sentire durante il mio esercizio o anche fuori dell’esercizio sulla vita degli uomini, tacerò ciò che non è necessario sia divulgato, ritenendo come un segreto cose simili*”

L’etica che Ippocrate ha trasmesso rispecchia l’ideale del medico quale persona al servizio di tutta l’umanità, al di sopra di qualsiasi divisione tra gli uomini. E Galeno, più tardi, seguendo il modello tracciato da Ippocrate, indicò quali dovevano essere le qualità del “*bravo medico*”: modestia, onestà, saggezza, temperanza.

A partire dal XVI° secolo il concetto di “*persona*” acquista una sempre maggiore emancipazione e subentra tra medico e paziente un reciproco rispetto, un rapporto sempre più paritetico, dettato dal valore della propria ragione.

Sarà il XX° secolo il momento in cui il malato potrà esprimere la propria libertà ed autonomia di scelta, e si farà strada il concetto di rapporto “autonomistico” in contrapposizione a quello “paternalistico”.

Emanuel E.J. ed Emanuel L.L., nel 1992, hanno sintetizzato l’evoluzione del rapporto medico-paziente in quattro modelli:

- Modello paternalistico, durato migliaia di anni, oggi, accusato di autoritarismo ed autoreferenzialità, con il *medico primo artefice*, dotato di criteri obiettivi tali da poter stabilire la migliore scelta terapeutica, che il paziente accettava. Un rapporto basato sulla fiducia nella capacità tecnica del medico, supportata dalla sua indiscussa statura morale. Il sapere, la conoscenza e lo sviluppo della medicina erano legati all’osservazione da parte del medico dei sintomi delle varie forme di malattia, in assenza di conoscenze su base scientifica. La medicina garantiva più che un supporto terapeutico all’aspetto fisico della malattia, un sostegno psicologico al malato, cercando di alleviare il dolore fisico ed insegnando alcune nozioni di igiene e medicina preventiva.

- Modello informativo, che introduceva il concetto autonomistico, con il *medico che interagisce* con il paziente dandogli ogni informazione necessaria sulla natura della sua malattia, sui mezzi diagnostici e terapeutici, sui rischi e benefici, lasciandolo libero di scegliere le prestazioni indicate. Il medico è portavoce degli elementi diagnostici e terapeutici di una medicina più avanzata che pone al servizio del malato, mettendolo in condizione di fare una scelta definitiva.

- Modello interpretativo, una posizione intermedia tra i due precedenti, con il medico che si sente obbligato, come un *consigliere tecnico*, ad aiutare il paziente nell’analisi e valutazione dei propri valori e lo aiuta nella scelta degli eventuali mezzi diagnostici e terapeutici senza però esercitare alcuna imposizione sull’autonomia del paziente.

- Modello deliberativo, con il paziente non più su posizioni precostituite ma aperto ad un dialogo con il *medico che fraternamente lo coinvolge* su un’analisi dei vantaggi e svantaggi per la sua salute.

Purtroppo, nel tempo, il rapporto tra medico e paziente si è andato via via allentando. Se da un lato il paziente ha visto tutelata la propria autonomia decisionale, dall’altro il contatto con il medico si è gradualmente sfilacciato fino ad innescare ed alimentare un conflitto tra loro. Oggi, specie nelle strutture sanitarie pubbliche, il medico, travolto da responsabilità amministrative e dalla gestione del personale medico e paramedico insufficiente, in un contesto organizzativo non sempre adeguato, è molto più stressato ed esposto ad un incremento dei rischi di errore diagnostico e terapeutico; tutto a scapito dello spazio da riservare ad un colloquio approfondito con i pazienti. Ciò ha innescato, inevitabilmente, un *conflitto tra pazienti e medici*, un incremento delle contestazioni sul piano legale, alimentato molto spesso dalla divulgazione di informazioni in forma inesatta e prematura.

Il giuramento moderno del medico tenta di tutelare il rapporto medico-paziente in chiave più attuale quando recita: “ *Giuro.....di perseguire come scopi esclusivi la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza, cui ispirerò con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni mio atto professionale;*” *Di prestare la mia opera con diligenza, perizia e prudenza secondo scienza e coscienza ed osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della medicina e quelle giuridiche che non risultino in contrasto con gli scopi della mia professione;*”.....”*di curare tutti i miei pazienti con eguale scrupolo e impegno indipendentemente dai sentimenti che essi mi ispirano e prescindendo da ogni differenza di razza, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologica politica;*”

Deontologia e medicina: Nella pratica quotidiana anche l'arte di fare diagnosi e quindi di prestare le cure si è andata trasformando ed in maniera notevole. Il medico è divenuto un organizzatore di tecnologia e di pratiche terapeutiche a volta esasperate, che realizza la valutazione clinica del paziente, sempre più, attraverso l'esame di referti. Il rapporto dialettico è passato dall'interrogatorio e dall'esame clinico, l'unico incontro strettamente umano, ad una conferma dell'ipotesi diagnostica attraverso l'analisi fredda di una miriade di esami strumentali diagnostici. Si è fatta strada una medicina sempre più disumanizzata, che comporta il rischio di considerare il malato non più come una persona ma solo come parte di essa: fegato, polmone, cuore etc. La persona in quanto tale è trascurata se non dimenticata.

E' stato detto che il progresso tecnologico ha reso la diagnosi più rapida, più facile e più sicura, certamente con grande vantaggio per la salute del paziente, tutto però a scapito del vecchio contatto umano, fatto di anamnesi, palpazione ed auscultazione.

Anche il rapporto medico di famiglia/paziente, da parte sua, ha perso lo smalto di una relazione confidenziale e di conforto, prima che di tipo terapeutico, per divenire, il più delle volte, un “mezzo” per raggiungere un massimale di clienti a cui fornire la ricetta per acquistare farmaci con il ticket o la base per il ricovero ospedaliero.

Un'analisi antropologica mostra come il coinvolgimento del medico nei confronti del paziente da neutro sia diventato negativo ed infine ambiguo. Questo perché, in realtà, il rapporto è stato, via via, centrato più sul sapere e sul potere del medico che non sulla sofferenza individuale del malato. Ne è derivata una crescente crisi della medicina che non è più capace di rispondere alle esigenze primarie della prassi medica: cura e solidarietà prima ancora che cura e guarigione.

Colpa professionale - Consenso informato. Tralascio gli aspetti penali e civili della colpa professionale, per soffermarmi su quello connesso alla fase del rapporto medico-paziente che precede il trattamento terapeutico vero e proprio e che si estrinseca nell'informazione e nella stesura del consenso informato. La dottrina dell'autonomia del paziente ed il modello contrattualistico, che la tutela, trovano fondamento nella bioetica che riconosce la capacità umana di autodeterminazione ed il principio del rispetto di essa. Nell'esercizio moderno della medicina, come accennato, sempre più spesso, autonomia del paziente ed obbligo del medico di perseguire il suo benessere entrano in collisione. La libertà decisionale del paziente configge con l'atteggiamento paternalistico-autoritaristico del medico. Tale contrapposizione ha alimentato un contenzioso tra indicazioni terapeutiche, loro piena accettazione, conseguenze iatrogene negative, dirette ed indirette. Sull'argomento il dibattito è vivace. Da una parte la classe medica sostiene che lo sfilacciamento del rapporto con il paziente è dovuto all'eccessiva enfasi data quasi quotidianamente dagli organi di informazione ad eventi che ormai è di uso corrente definire di “malasanità”, dall'altra il cittadino, che, acquisito un nuovo concetto del diritto alla salute in una autonoma libertà di scelta delle aspettative di risultati della medicina, ha percepito come sia mutata, dal punto di vista giuridico, la valutazione del concetto di colpa professionale medica.

Nel contesto del rapporto medico/paziente il problema fondamentale è costituito dalla giusta valutazione dei termini di bilanciamento tra autodeterminazione e suo rispetto.

Nel 1957, in un'aula di un tribunale degli Stati Uniti, ove si celebrava un processo per risarcimento danni da responsabilità medica, vide la luce la dottrina del **Consenso Informato**, strettamente correlata a quella dell'autonomia decisionale del paziente. Essa si basa sul principio che il paziente venga portato a conoscenza non solo dei trattamenti ai quali dovrà essere sottoposto ma anche delle possibili conseguenze negative, onde lasciargli la possibilità autonoma di accettare o rifiutare il trattamento, anche a rischio della propria salute e vita. Con l'approvazione della Suprema Corte del Kansas, nel 1960, fu sancito “ *uno strumento che conteneva definiti principi di difesa dei malati a fronte di proposte mediche sempre più impegnative per il paziente, anche se corroborate da ricerche scientifiche credibili, nello spirito di una sempre maggiore consapevolezza dei propri diritti, connessa alla evoluzione sociale e politica dei tempi*”.

Nel nostro paese, le norme che regolano il comportamento del medico circa le informazioni da fornire al paziente, le modalità di acquisizione del consenso, il consenso del legale rappresentante e l'autonomia del cittadino sono parte integrante del codice deontologico dei medici italiani.

Il diritto del paziente ad essere informato, inoltre, è tutelato da: - Costituzione, Codice Penale, Codice Civile, Convenzione del Consiglio d'Europa, Sentenze di giudici di merito e di legittimità.

Tra queste va evidenziato quanto sancito dalla Cass. pen. Sez.IV 11-07-2001, n. 1572: “...il consenso afferisce alla libertà morale del soggetto ed alla sua autodeterminazione, nonché alla sua libertà fisica intesa come diritto al rispetto delle proprie integrità corporee, le quali sono tutte profili della libertà personale proclamata inviolabile dall'art. 13 Cost..” Diretta conseguenza di tale principio è che al medico non si può attribuire “...un generale ‘diritto di curare’, a fronte del quale non avrebbe alcun rilievo la volontà dell'ammalato che si troverebbe in una posizione di ‘soggezione’ su cui il medico potrebbe ‘ad libitum’ intervenire, con il solo limite della propria coscienza..”.

Quindi, i giudici chiariscono che l'abilitazione all'esercizio della professione sanitaria conferisce al medico la facoltà o la potestà di curare, ma per aderire ai principi dell'ordinamento è necessario il consenso della persona che deve sottoporsi al trattamento sanitario.

Viene ancora precisato che “...la mancanza del consenso (opportunitamente "informato") del malato o la sua invalidità per altre ragioni determina l'arbitrarietà del trattamento medico chirurgico e, la sua rilevanza penale, in quanto posto in violazione della sfera personale del soggetto e del suo diritto di decidere se permettere interventi estranei sul proprio corpo.”.

Proprio di recente, il Tribunale di Novara, nella sentenza n.409, pubblicata il 05/6/2007, ha ribadito l'importanza fondamentale di un consenso informato relativa ad una paziente ricoverata per essere sottoposta ad un intervento chirurgico e per il quale aveva firmato regolare consenso ma che era stata sottoposta a terapie chirurgiche diverse o ulteriori rispetto a quelle autorizzate. In tale circostanza il tribunale, pur avendo le perizie tecniche riscontrato la correttezza dei trattamenti, ha dichiarato la responsabilità per violazione dell'obbligo del consenso informato, condannando il chirurgo per le lesioni personali cagionate da interventi diversi ed ulteriori da quelli per la quale era stato dato il consenso. Di conseguenza il medico ha dovuto sopportare l'onere del risarcimento dei relativi danni nei vari aspetti.

Il più consistente filone di censure si ricollega alla inadeguatezza o insufficienza delle informazioni nell'ambito personale (errore della diagnosi, valutazione della gravità, mancata previsione degli effetti collaterali o delle possibili complicanze, ecc).

Nel consenso, quindi, debbono essere riportate ”non soltanto i rischi oggettivi e tecnici in relazione alla situazione soggettiva e allo stato dell'arte della disciplina, ma riguardano anche la concreta, magari momentaneamente carente situazione ospedaliera, in rapporto alle dotazioni e alle attrezzature, e al loro regolare funzionamento...” (Cass. civ. sez. III 16-05-2000, n. 6318).

”..... il consenso a tutte le operazioni preparatorie e successive che vi sono connesse e in particolare al trattamento anestesilogico,....” (Cass. civ. sez. III 30-07-2004, n. 14638).

“.....in particolare se durante un intervento programmato e per il quale era stato acquisito il consenso per quel tipo di intervento, viene accertata la presenza di una concomitante altra patologia non prevedibile, il chirurgo è autorizzato a eseguire anche l'intervento per questa

ulteriore imprevista patologia seppur in mancanza dell'esplicito consenso....."(_Cass. Sez.IV penale 2001).

Chiarito che il consenso per essere "informato" presuppone una specifica e particolareggiata informazione, nessun dubbio può esserci su chi sia tenuto a fornirla: *"non può provenire che dal sanitario che deve prestare la sua attività professionale. Tale consenso implica la piena conoscenza della natura dell'intervento medico e/o chirurgico, della sua portata ed estensione, dei suoi rischi, dei risultati conseguibili e delle possibili conseguenze negative, con la precisazione, peraltro, che, nel caso di interventi di chirurgia estetica, in quanto non finalizzati al recupero della salute in senso stretto, l'informazione deve essere particolarmente precisa e dettagliata..."* (Cassazione Civile Sent. n. 7027 del 23-05-2001).

Per riassumere: nella stesura del consenso il chirurgo ha l'obbligo di fornire le informazioni su: Eventuali tecniche disponibili, per la soluzione del problema posto dal paziente, con indicazione dei vantaggi e degli svantaggi di ognuna (nel caso di procedure con finalità terapeutiche e non estetiche, nella discussione deve essere anche inclusa la possibilità di non sottoporsi ad intervento, e devono essere chiarite le conseguenze derivanti da questa scelta); Alternative all' intervento chirurgico in esame; Descrizione dei rischi degli interventi chirurgici in generale, ed esposizione dettagliata delle complicanze connesse specificamente alla procedura desiderata dal paziente. La lista di queste deve essere chiaramente riportata nel documento. Oltre alla frequenza con cui si verificano le possibili complicanze, è necessario dare indicazione delle terapie che si possono rendere necessarie a seguito del verificarsi di queste, e, preferibilmente, chiarire come saranno ripartite le eventuali maggiori spese da sostenere; Descrizione del tipo di anestesia da impiegare e dei rischi connessi; Spiegazione delle terapie e dei controlli clinici da eseguire dopo l' intervento, nonché dei rischi connessi con l' abbandono dei controlli clinici postoperatori. Modalità di utilizzo ed archiviazione della documentazione clinica e fotografica.

Consenso informato e Chirurgia estetica

- *La Cass. civ. 08-08-1985, n. 4394 ebbe a stabilire: " Il professionista ha il dovere d'informare anche sulle eventuali ragioni che possono rendere inutile la sua prestazione in relazione al risultato; in particolare, per il chirurgo estetico detto dovere comprende, oltre la prospettazione dei possibili rischi del trattamento suggerito, anche la effettiva conseguibilità o meno del miglioramento estetico desiderato dal cliente in relazione alle esigenze della sua vita professionale e di relazione". La stessa decisione, a proposito della chirurgia estetica, specificò che "il dovere d'informazione, gravante sul chirurgo estetico, ha contenuto più ampio rispetto al corrispondente dovere a carico del terapeuta, in quanto deve essere esteso alla possibilità di conseguire un miglioramento effettivo dell'aspetto fisico, che si ripercuota favorevolmente nella vita professionale e in quella di relazione".*

Mentre il ricorso alla Chirurgia in senso lato (chirurgia generale, ortopedia, neurochirurgia, cardiocirurgia etc.) costituisce lo stadio finale per risolvere problemi legati alla salute, nell'ambito della Chirurgia Estetica il chirurgo non agisce nell'adempimento di un dovere, come nel caso di rischi per la salute.

Lo stesso rapporto tra medico e paziente acquista valore diverso se si pensa che l'oggetto del contratto non è costituito da uno stato di malattia e l'obiettivo da perseguire non è quello del ripristino del normale stato di benessere. In realtà, essendo l'oggetto contrattuale la presenza di una dismorfia, che al massimo può determinare uno stato di disagio psicologico, il rapporto potrebbe essere definito un rapporto specialista-cliente. Ne consegue che il consenso deve essere molto più dettagliato ed il paziente deve essere posto nelle condizioni di recepire i rischi a cui va incontro per un fine non di necessità. Il chirurgo in tale circostanza, più che mai, deve esimersi da dare consigli sull'utilità estetica dell'intervento. Piuttosto, deve esprimere giudizi strettamente tecnici sulle procedure chirurgiche da impiegare, sui possibili rischi e complicanze derivanti e sull'ipotetico risultato che potrebbe essere conseguito, per consentire al cliente una scelta autonoma e per porlo nella più serena capacità di prendere una decisione. In caso di una sua manifesta incertezza bene

farebbe il chirurgo ad invitarlo a ritornare dopo qualche tempo, concedendogli la possibilità di riflettere sul da fare. Di fronte ad una forte componente psicogena, quale una somatizzazione di problemi psichici, deve essere in grado, con estrema delicatezza, di orientarlo verso una terapia psicanalitica preventiva. E se viene a conoscenza che il paziente è in trattamento analitico è bene che consulti il terapeuta prima di procedere all'intervento.

Una gestione corretta del rapporto del medico con il candidato ad un intervento di chirurgia estetica pone entrambi in una posizione di tutela di responsabilità il primo e di tutela dei propri diritti il secondo.

Volendo trarre delle conclusioni, è fuori dubbio che il rapporto medico paziente, la deontologia del medico e la colpa professionale sono fasi dell'attività sanitaria strettamente collegati tra loro. Il comune denominatore dei tre momenti è strettamente connaturato ad una visione bioetica del rapporto umano.

Umanizzare la medicina costituisce il punto debole e nello stesso tempo la nuova frontiera del contatto che si concretizza tra chi ha bisogno di cure e chi deve fornirle, in tutte le sue espressioni. Lo scopo da perseguire è fare in modo che la medicina recuperi la dimensione umana del suo agire, centrata sul paziente. Ciò presuppone che il medico recuperi il rapporto confidenziale ed amicale che ha per lungo tempo caratterizzato la medicina occidentale e sia più comprensivo e disponibile ad accogliere anche esperienze e prassi mediche di pazienti provenienti da culture sanitarie e aree geografiche differenti dalla nostra.

Il concetto di una medicina umanizzata è strettamente collegato, anche da un punto di vista cronologico, alla nascita della bioetica.

Nel 1970 Van Rensselaer Potter coniò la parola "Bioethics", che rimandava alla doppia componente Bios (vita) per rappresentare la conoscenza biologica, la scienza dei sistemi viventi ed Ethos (etica) per rappresentare la conoscenza dei sistemi dei valori umani. Intendendola come un tentativo di fare una biologia saggia, "*wisdom biology*".

Concetto ben definito dalla "Encyclopedia of Bioethics" nel 1978 come: "Lo studio sistematico della condotta umana nell'ambito delle scienze della vita e della cura della salute esaminata alla luce dei valori e dei principi morali,

In realtà la bioetica, divenuta una dottrina multidisciplinare, che annovera nel suo contesto aspetti relativi a varie materie, quali biologia, medicina, filosofia, diritto, ed altre, si occupa delle questioni morali che sorgono solo parallelamente al rapido progredire della ricerca biologica e medica. E' a tutti noto quali e quanti problematiche, oggi, sono legate alla bioetica proprio perché opera in questo mondo pluralistico, nel quale si manifestano diversità di vedute e di accettazione tra quanti partecipano al confronto ed alle eventuali decisioni, sia in ambito medico che giuridico e politico. Richard Newhouse considerando che spesso la sua attività si riduce ad un legalismo etico-sociale l'ha definita "The Permission Office".

L'umanizzazione della Medicina può salvare in qualche modo la Bioetica e far sì che essa torni ad essere quello che deve essere: *l'attenzione non alle regole per arrivare a degli accordi politici corretti, ma l'attenzione alla persona, all'umanità della persona*. Cioè la sua vocazione originaria, conciliando i due concetti: etica una scienza più ampia, che affronta tutta la condotta umana, bioetica che affronta la condotta umana nel solo campo della vita e della salute

Umanizzare la medicina deve avere un doppio obiettivo: l'aspetto umano del paziente e quello del medico, con prevalenza per quest'ultimo. Se si parla di atteggiamento disumano, infatti, nel binomio medico/paziente, esso va riferito all'umanità di chi agisce, il medico, che realizza la sua umanità, come operatore sanitario, solo quando rispetta l'umanità del paziente.

Edmund Pellegrino, uno dei padri della bioetica, ritiene che si debba ritrovare la radice umanistica della medicina e che tale operazione passi attraverso la riscoperta della tradizione ippocratica.

Anche le problematiche che si determinano nelle strutture pubbliche del SSN vanno esaminate nell'ottica della bioetica. Il cittadino che paga, non poco, per il proprio SSN pretende efficienza sia da parte degli operatori sanitari che dall'efficienza organizzativa del sistema. In particolare,

pretende che la classe medica sia preparata, che le strutture siano efficienti e che i rischi per la propria salute siano sempre più ridotti, che vi siano severe normative che regolamentano le assunzioni dei cattedratici e primari medici e l'applicazione e regolamentazione della normativa sull'informazione. L'insoddisfazione è percepibile nella facile e non sempre ponderata tendenza al ricorso al contenzioso giudiziario con denunce per colpa e, nelle cause per risarcimenti ed indennizzi, il tutto aggravato dai ritardi delle procedure giudiziarie, anch'esse non scevre da critiche a tutti note. Parte rilevante assumono le contestazioni di vario tipo anche attraverso i mezzi mediatici - in particolare l'uso non sempre oculato della informazione che non sempre antepone la considerazione dell'effetto della reazione collettiva alla notizia o allo scoop della notizia stessa.

Possiamo definire la situazione sanitaria drammatica? Quali le terapie da proporre?

Compito di un oratore su un tema quale " *La colpa professionale medico-chirurgica, aspetti medici*", è quello di fare una disamina quanto più possibile puntigliosa su un problema che ha per oggetto la tutela del bene primario di un individuo: la sua salute. Ad ognuno, che ascolta o legge, nella sua autonomia quello di fare le valutazioni.

Relazione presentata al Forum Interdistrettuale " Premio Pasquale Pastore" su " La responsabilità Professionale Medico-Chirurgica", Rotary International, Distretti 2100-2110-2120, Matera 15-16 Marzo 2008