

Malasanità e/o "malpractice": lettura in chiave bioetica

"Malasanità" and/or malpractice: a bioethical view

Renato Malta¹ *, Salvatore Di Rosa²

¹ Dipartimento di Biopatologia e Metodologie Biomediche, Università degli Studi di Palermo

² UO Medicina Interna, AO "Villa Sofia", Palermo

KEY WORDS

"Malasanità"
Malpractice
Negligence
Bioethics
History of medicine

Summary **BACKGROUND** Inspired by a series of newspaper articles, the authors consider the different semantic meaning of the Italian word "malasanità" and the English word "malpractice". They feel that many cases of "malasanità" are rarely due to technical problems, which are rarely proven in a trial, but mainly to the ethical problems. They claim that ethics lead human behaviour particularly in healthcare, as can be seen in the loving care of the patients. Patients take free medical service as granted and appreciate the personal behaviour and the empathy of the doctors. Today the practice of informed consent is the failure of the relationship between physician and patient. Medicine should be humanized not through technical improvements, but through ethics. **AIM OF THE PAPER** By the analysis of single cases the healthcare operator's behaviour and actions are studied, as well as the authentic humanity of the professionals called to help other people. **CONCLUSIONS** When dealing with a single case, the media use the word "malasanità" globally, as if the whole healthcare system was responsible. The authors, criticizing both the terminology and the interpretation, prefer to proceed to the analysis of the single case, without ignoring however the many lacks and faults that occurred during the hospitalization.

Introduzione

Il termine *malasanità*, coniato in passato per indicare "il malaffare in sanità", oggi è invece usato per definire un episodio assistenziale caratterizzato da risultato negativo e difforme rispetto all'atteso, e per denunciare errori degli operatori e/o del sistema. Dall'ipotesi di danno prendono corpo denuncia e procedimento giudiziario per l'azione di rivalsa, anche se colpa per imperizia e/o negligenza risulterà in minima percentuale rispetto ai casi. Condurre una riflessione in prospettiva bioetica consente di analizzare la casistica etichettata come malasanità, secondo la definizione fornita, e di rivisitare altresì quegli episodi dubbi che, in assenza di denuncia, rivivono unicamente nel silenzio della coscienza di ciascun operatore. Questo ci induce a tentare un'analisi delle ragioni per cui un caso clinico, dalla normale assistenza generata in via esclusiva dal rapporto fiduciario del paziente con il medico, si trasformi in conflitto tra le parti. L'interesse presente non è per gli aspetti tecnici, la cui valutazione sarà compito dei periti, ma per quelli relazionali, che nell'intimo di ciascuno caratterizzano la moralità personale.

Se per "sanità" intendiamo il sistema, anche "mala-sanità" è inteso nella sua globalità. Il termine rischia di generalizzare e produrre non onesti effetti sociali e, attraverso l'allarmismo, genera insicurezza e diventa marchio negativo.

A partire dalla casistica raccolta, la prospettiva d'esame è quella di natura etico-relazionale a mezzo del comportamento o *habitus* che ciascun protagonista assume. Di fronte all'ipotesi accusatoria, ognuno cerca motivi a discolpa sul piano pratico, che incidono esclusivamente nella sfera tecnica; ancorché non se ne evidenziassero, come accade nel 70% dei casi, deve comunque essere tenuta nella giusta considerazione l'evenienza che chi denuncia non riesca a comprendere come evento naturale, né a giustificare, né ad accettare, l'accaduto: anche la denuncia di un medico non colpevole di *malpractice* può rientrare nella *malasanità*. Casi di cronaca mettono in evidenza sia sentimenti che hanno animato i pazienti o i loro familiari in quella data negativa esperienza vissuta in ambito sanitario, sia prassi mediche o stili di dubbio valore etico.

Il male nella sanità: tra etica e diritto

Non esiste un termine anglosassone che traduca *malasanità*: *malpractice*, infatti, pone al centro l'errore che scaturisce dalla pratica medico-chirurgica; entrambi condivido-

* Corrispondenza:

Renato Malta, via Houel 5, 90138 Palermo,
e-mail: remalta@unipa.it

no la stessa radice *mal-*. In tale accezione *malasanità*, in quanto *malpractice*, si collega direttamente agli aspetti tecnici, nel sospetto di imperizia pragmatica dell'operatore e/o di inefficienza del sistema.

In Italia il termine non ha lo stesso significato di *malpractice*, anche se lo comprende, e, in analogia a *malattia*, si carica del significato di affezione sistemica, al pari del male di una parte del corpo che poi si estende colpendolo nella sua interezza.

La stampa rischia di caratterizzare come malato un sistema, a causa di sospetti errori tecnici. È un'interpretazione dalla quale ci si discosta, volendo in questa sede distinguere la generica accusa al sistema dalla particolare responsabilità etica di ciascun operatore.

Una connotazione del significato di *malasanità* diversa rispetto a *malpractice* pone l'attenzione non sull'errore tecnico – che è quello che oggi ha aperto la strada a metodologie di prevenzione e procedure quali “sicurezza” e “rischio clinico”, e che ha più a che fare con gli aspetti medico-legali e giuridici – ma sull'errore del comportamento umano, che origina dalla sfera etica e su di essa incide, con conseguenze sulla prassi. È la responsabilità con cui ognuno agisce liberamente e consapevolmente verso l'altro e con cui si accede all'ambito della moralità personale di ciascuno, a partire dal modo di intendere e interpretare i valori in gioco nella singola circostanza.

L'accusa che si muove al medico è di *imperizia* e *negligenza*: la prima origina nel circuito della manualità tecnico-pratica, la seconda attinge nel negativo atteggiamento o comportamento di chi agisce. *Negligere*, infatti, vuol dire trascurare: per pigrizia, scarso impegno, disattenzione, apatia, indipendentemente dalle capacità e possibilità tecniche e dai mezzi disponibili. Se l'imperizia dichiara l'errore¹ e l'insufficienza cognitiva dell'operatore, la negligenza riconduce all'esistenza di dis-valori etici. Ciò comunque non esclude che i due aspetti possano coesistere. Se *malpractice* sta per imperizia, alla seconda vogliamo attribuire il significato di *mala-sanità*, nel senso di *habitus*, “cattivo comportamento professionale nell'esercizio sanitario”. Infatti, anche un risultato ascrivibile a *good practice* può *negligere* aspetti importanti del paziente: lo ritroviamo nei casi in cui alla denuncia non segue la dimostrazione dell'errore. Questa visione vuole aprire lo sguardo sui risvolti etici della *malasanità*, trattandoli in maniera indipendente dagli aspetti tecnici, che riserveremo alla valutazione medico-legale e deontologica.

Per “deontologia” s'intende l'insieme strutturato di norme comportamentali che l'operatore sanitario si pone a obiettivo di riferimento in un certo contesto sociale e culturale; per “etica generale” la riflessione sui principi direttivi e sui valori primi di un'esistenza individuale o di un'espe-

rienza sociale; per “etica medica” l'applicazione di questa riflessione ai principi e ai valori che mettono in relazione l'operatore sanitario con il paziente². L'intersecarsi delle diverse relazioni operative concorre all'operato nel suo complesso: qualità delle relazioni tra gli operatori, tra gli operatori e la struttura sanitaria, con tecnologie e prerogative, tra gli operatori e il paziente a mezzo della qualità della tipologia di approccio: ogni relazione non è priva di errori.

Il male nella sanità chiama a responsabilità per gli aspetti morali presenti nel suo materializzarsi, e la responsabilità etica è a partire dai rischi di conseguenze sui pazienti. L'etica esiste nella quotidianità come motore e supporto delle scelte che operiamo consapevolmente tra opzioni diverse; cosa diversa rispetto al riporla in forma conclusiva e consequenziale, o come valutazione esterna e a posteriori di qualcosa già accaduto. L'etica rappresenta orientamento pro-attivo caratterizzante la vita morale personale dei dirigenti medici alle dipendenze di un servizio di pubblica utilità. Alcune dichiarazioni di pazienti o loro familiari suggeriscono che la contrapposizione con il medico ha avuto origine verosimilmente per negligenza, su cui si è cercato di costruire l'imperizia.

In positivo e in forma integrata, riporteremo casi di cronaca in cui i pazienti sono stati grati al corpo assistenziale. La parte pubblica viene richiamata per alcuni aspetti critici o per suggerimenti tecnici.

Presentazione dei casi

Dimensioni della denuncia: ogni anno 12.000 cause pendenti per presunti errori medici, 320.000 persone coinvolte, 2,5 miliardi di euro richiesti per risarcimento, 175 milioni di euro il costo dei premi assicurativi delle strutture sanitarie, 413 milioni di euro l'esborso globale per i risarcimenti per responsabilità civile da parte delle istituzioni medico-sanitarie³. Oltre il 70% gli operatori assolti, in media, dopo 13 anni di processo.

La casistica raccoglie denunce di disservizi, criticità organizzative, carenze nell'azione assistenziale, rifuggendo da giudizi sui fatti specifici. Essa fa emergere alcune peculiarità del comportamento degli operatori, anche perché non sono i medici a parlare, ma i pazienti colpiti dal dolore; anche se emotivamente coinvolti, vanno ascoltati per quella verità che, testimoniando disagio, può essere di aiuto a rinnovare la comprensione nei rapporti medico-paziente. La *malasanità* si può verificare in diversi momenti del processo che porta all'erogazione della cura. A fini esplicativi identifichiamo quattro momenti.

- *Momento tecnico-professionale*: è il livello di intervento del medico e si basa tutto sull'abilità dell'esercizio pro-

¹ Errore umano, professione medica, responsabilità. Quando la sanità fa notizia. Atti del Convegno FNOMCEO; Cagliari, 20 aprile 2007. La Professione. Medicina, Scienza, Etica e Società. Quaderni 2007;1-2:79-158.

² Angeletti LR, Gazzaniga V. Storia, filosofia ed etica generale della medicina. Milano: Masson, 2004:136.

³ Cardinale AE. Malasanità, ora per la TV diventa fiction. Giornale di Sicilia. 10 dicembre 2007:17.

fessionale, sulle conoscenze, sulla sua capacità di problem solving⁴. È l'aspetto che ha più a che fare con l'errore professionale. Sono giudicati errori anche l'eccessivo ricorso a pratiche diagnostiche (esami di laboratorio, diagnostica radiologica cosiddetta "pesante") o terapeutiche (futilità di trattamento senza prospettiva di reale beneficio per il paziente) e gli interventi che, ancorché privi di denuncia da parte degli assistiti, appartengono al cattivo esercizio della sanità.

- **Momento organizzativo:** a fronte di riconosciute capacità cognitive dei medici, la carenza del sistema impedisce il buon esercizio.
- **Momento comunicativo:** in presenza di adeguato intervento professionale e di risposta della struttura, l'insufficiente relazione con pazienti e familiari crea vuoto comunicativo e insoddisfazione complessiva.
- **Momento politico-gestionale:** la società è coinvolta per decisioni e limitazioni politicamente assunte, che interessano il sistema nella sua globalità. Si chiede la soluzione a organi di governo e magistratura.

Tabella 1 Area medico-chirurgica

- a) "Medico di Agrigento: in un giorno 191 ricette" (*La Repubblica*, 16 marzo 2007:III)
- b) "Parto cesareo: Italia prima in Europa; al Sud uno su due. L'OMS: il massimo è il 20%. Nel 1980 in Italia i parti cesarei erano l'11,2%" (*La Repubblica*, 12 giugno 2007:31)
- c) "Esami di maturità: ammalati 400 docenti" (*La Repubblica*, 20 giugno 2007:I)
- d) "Garza scordata, donna morì: assolti, il fatto non sussiste" (*Giornale di Sicilia*, 27 febbraio 2007:21)
- e) "Rapporto OSMED: ogni anno 29 scatole di farmaci a testa" (*La Repubblica*, 23 giugno 2007:31)
- f) "India: uccisero un bimbo per vendere gli organi" (*Giornale di Sicilia*, 9 giugno 2007:13)
- g) "Muore dopo l'operazione. L'accusa: lasciata sola" (*La Repubblica*, 8 febbraio 2007:VIII)
- h) "Nessun medico in reparto" (*Giornale di Sicilia*, 8 gennaio 2007:8)
- i) "Usava la TAC per esami privati" (*La Repubblica*, 7 giugno 2007:VI)
- j) "Rubano gli occhi ai morti" (*La Repubblica*, 12 gennaio 2007:21)
- k) "Anziano muore a pochi metri dall'ospedale" (*Osservatore Romano*, 22 settembre 2006:9)
- l) "Infezione in sala operatoria: 5 pazienti perdono un occhio" (*La Repubblica*, 24 aprile 2007:34)
- m) "Il Ministro: Non uscite con il camice fuori per strada" (*La Repubblica*, 10 gennaio 2007:18)
- n) "Gravida in fin di vita: medici sulla cartella clinica piuttosto che al letto della paziente" (*La Repubblica*, 1 settembre 2005:I)
- o) "Il medico non si reca al letto di donna tra atroci dolori" (*La Repubblica*, 10 febbraio 2005:I)

Proviamo a classificare la casistica inerente gli episodi di malasanità in due aree: area medico-chirurgica (**Tab. 1**) e area gestionale di supporto (**Tab. 2**). Riserviamo una casistica alle dichiarazioni di gratitudine, pur in circostanze con esito infausto (**Tab. 3**). Consideriamo anche alcuni problemi di ordine politico-amministrativo (**Tab. 4**) e talune proposte di soluzioni (**Tab. 5**).

- **Area medico-chirurgica:** estremamente variegati sono i casi in cui si può invocare la responsabilità del medico nel dare luogo a sospetto di cattivo esercizio della sanità. Anche in accertato caso di *malpractice* (**Tab. 1, d**) l'assoluzione del giudice non libera il campo dal coinvolgimento della moralità personale.
- **Area gestionale di supporto:** comprende i casi in cui, oltre alla competenza tecnico-professionale del medico, rientrano figure professionali diverse (**Tab. 2**).
- **Apprezzamenti positivi:** riportiamo, sempre dalla stampa, le testimonianze di coloro che ringraziano per avere ricevuto un servizio di assistenza che definiscono come "buona sanità" (**Tab. 3**). Qui si registra quella solidarietà, messa in atto attraverso la professionalità e la disponibilità al dialogo e all'incontro, che susciterà la gratitudine umana.
- **Area politico-amministrativa:** è strettamente collegata all'area gestionale di supporto e agisce in funzione di direttive politico-amministrative (**Tab. 4**). Dal punto di vista etico, il correttivo a volte è peggiore del male. È l'a-

Tabella 2 Area gestionale e di supporto

- a) "Infezione da doccia sporca" (*Giornale di Sicilia*, 31 marzo 2007:16)
- b) "Guardie mediche: troppe e mal distribuite" (*La Repubblica*, 31 marzo 2007:IV)
- c) "Corsie sporche ed acqua impura: così si muore" (*La Repubblica*, 29 marzo 2007:17)
- d) "Mazzette e sanità" (*La Repubblica*, 2 marzo 2007:28)
- e) "Uccide il figlio autistico. La difesa: lasciato solo per 27 anni" (*La Repubblica*, 28 giugno 2007:28)
- f) "Cade dalla barella e muore" (*La Repubblica*, 17 maggio 2007:VIII)
- g) "Nei tubi azoto invece di ossigeno" (*La Repubblica*, 5 maggio 2007:18)
- h) "I carabinieri trovano sporcizia ed assenteismo" (*La Repubblica*, 9 gennaio 2007:I)
- i) "Ticket per coprire gli sprechi" (*La Repubblica*, 24 febbraio 2007:IV)
- j) "Paziente rimane chiuso in ascensore e muore" (*Giornale di Sicilia*, 15 gennaio 2007:11)
- k) "Talpa accusa: garza e aghi nei corpi dei pazienti" (*La Repubblica*, 28 giugno 2007:28)
- l) "Pazienti trasportati con la motoape" (*La Repubblica*, 18 gennaio 2007:IV)
- m) "Stop a nomina dei primari" (*La Repubblica*, 23 gennaio 2007:III)

⁴ Mele V, Mangione MD. Per una lettura antropologica dell'errore medico. *Medicina e Morale* 2007;6:1247-57.

Tabella 3 Apprezzamenti positivi

- a) "Prematuramente ci ha lasciati M.R.S. di anni 32. La famiglia ringrazia tutta l'équipe medica del [...], e quanti sono stati vicini [...]" (necrologio, *Giornale di Sicilia*, 26 giugno 2007:27)
- b) "S.D.A. ringrazia l'équipe [...]: Professionali e disponibili" (*Giornale di Sicilia*, 7 febbraio 2007:32)
- c) A.G.: "Io salvato dalla buona sanità" (*Giornale di Sicilia*, 3 febbraio 2006:4)
- d) R.A.: "Nuova tecnica: successo della buona sanità" (*Giornale di Sicilia*, 18 luglio 2006:27)
- e) "UO di Ostetricia: dedica sui muri per ringraziare i medici" (*Giornale di Sicilia*, 26 aprile 2007:25)

Tabella 4 Area politico-amministrativa

- a) "Introduzione del ticket per coprire i costi legati agli sprechi"
- b) "Tagli indiscriminati che non correggono inefficienze"
- c) "Intasato da contenzioso in Sanità il TAR" (*La Repubblica*, 12 febbraio 2006:V)

Tabella 5 Suggestimenti

- a) Assessore Regionale: "Malasanità, nasce la cabina di regia" (*Giornale di Sicilia*, 20 gennaio 2006:7)
- b) Borruso V: "Come avviare la lotta alla cattiva sanità" (*La Repubblica*, 25 marzo 2006:I).
Suggerisce elementi di supporto: finanziamenti, personale, attrezzature, tecnologie. Il dottor Borruso usa il termine lotta: prima si lottava contro le malattie del corpo, oggi contro quelle della sanità
- c) Cardinale AE: "Troppa politica in corsia" (*Giornale di Sicilia*, 21 gennaio 2006:60)
- d) Pagliaro L: "La politica fuori e gli ospedali andranno meglio" (*La Repubblica*, 28 gennaio 2006:V)
- e) Pagliaro L: "Esperti nella cabina di regia o sarà teatrino" (*La Repubblica*, 22 gennaio 2006:V)

rea a cui si chiedono le riforme per aggiornare il sistema. Dalle scelte ne può derivare malasanità. Dato il caso di malasanità, mondo scientifico e mondo politico non sempre trovano punti d'incontro; il rapporto vive tra carenza di stima e sfiducia reciproca e la soluzione non individua percorsi comuni.

Conclusioni

La tematica apre alla riflessione sulla qualità del comportamento umano nello specifico della sanità e sulla conseguente chiamata a responsabilità morale personale nell'ambito di un servizio gratuitamente erogato. Si distinguono le competenze tecniche del problem solving dall'atteggiamento con le sue istanze etiche. L'esame di un caso di

cosiddetta malasanità non è isolato agli aspetti tecnici e agli errori di esecuzione che occupano lo spazio giuridico, ma va esteso alla soggettività personale degli operatori, che potrebbe parimenti essere determinante per le conseguenze: quindi, la malasanità diventa effetto dell'*habitus* di chi agisce, dell'intensità e modalità con cui ogni operatore vive ruolo e servizio. Ove si verifica un fatto assistenziale dagli esiti infelici e contestati, licenziato anche come accidentale, non si può assolutamente denunciare che l'incidente "sia stato voluto", ma forse si può sospettare che esso "non sia stato voluto".

La precisazione fatta in premessa su *malpractice* e *malasanità* è utile per distinguere il piano tecnico dall'etico, per differenziare la situazione in cui gioca l'abilità tecnica da quella che, oltre alle abilità tecniche, evoca quel deficit di comportamento morale di prossimità che rappresenta il valore aggiunto e fondamentale della *good practice*. La casistica sembra confermare che quando il medico non è vicino al malato, questi alza la protesta e si ribella; un comportamento di prossimità e vicinanza, invece, rende più umano il rapporto e forse meglio tollerate le sconfitte.

La medicina ha strutturato il suo modo di essere in funzione dei risultati, dando l'illusione di potere risolvere ogni problema; se ciò non avviene, si deduce che vi sono stati errori e incapacità di esecuzione e, nel dubbio, si cerca qualcuno su cui riversare colpe e insuccessi. È da temere la diffusa *pre-comprensione* che quando si muore è per colpa di qualcuno. Una medicina tecnologica, cresciuta ignorando spesso l'autenticamente umano, è passibile di produrre errori interpretativi del proprio ruolo, con conseguenze relazionali difficilmente gestibili.

Tentativi e suggerimenti per ridurre il rischio di errore e lottare contro quella sanità definita *mala* sono diretti a stabilire norme procedurali positive, a far emergere soluzioni tecniche, cosa diversa dalle norme morali, anche se norme di socialità. Se con "moralità" intendiamo il costume responsabile personale del singolo che promana da una legge interiore, essa non coincide con le norme socialmente imposte. Secondo Mieth⁵ la morale, nel senso della responsabilità e libera autotbligazione, è la conoscenza del carattere vincolante di contenuti della vita dotati di senso, che per il medico inequivocabilmente risiedono nella prossimità e nel dialogo. Essa è presupposto per vivere questa vita in modo tale da corrispondere alla dignità di ogni uomo. Per rispetto alla dignità dell'altro e di se stessi, la chiamata in causa della moralità di per sé obbliga in modo libero e consapevole, oltre che indipendente, alle norme positive e deontologiche. L'aggiornamento di tecniche e metodologie non equivale a crescita di moralità, anche se è moralmente giusto farlo dal punto di vista professionale e sociale. Ciò che vale sono qualità e modalità di relazione.

Nei casi di cronaca, etichettati come eventi negativi per supposti errori medici, detti *malasanità*, una costante è la distanza che pazienti e familiari avvertono da medici e per-

⁵ Mieth D. Scuola di etica. Brescia: Editrice Queriniana, 2006:22.

sonale infermieristico. La denuncia di errore potrebbe celare quella mancanza di vicinanza, quel *negligere* l'opportunità di farsi prossimi condividendo il dramma del paziente. Si interpretano così gli annunci funebri che manifestano gratitudine (Tab. 3). La carenza di relazione umana interpersonale tra medico e paziente potrebbe così scaricarsi nella ricerca dell'errore tecnico-professionale per imperizia e/o negligenza, e nella denuncia di assenza e omissione, non esistendo un reato per carenza di empatia.

Le dinamiche della *malasanità* hanno un ambito molto più ampio e complesso della *malpractice* anglosassone. L'errore, problema di tutte le professioni medico-sanitarie, è studiato nella sua radice, negli aspetti tecnici e nelle proposte di soluzione, mentre la sua lettura etica getta nuova luce sul sistema relazionale. Le tematiche etiche nel management sanitario sono il motore di ogni operare, non solo perché il paziente affida a medico e istituzione nel suo complesso – si è tutti in gioco – il suo bene più importante, la salute, ma anche perché la cura impegna il mondo politico-amministrativo in funzione dell'allocazione delle risorse. La solidarietà del Servizio Sanitario Nazionale non è solo nel bagaglio tecnico-professionale senza costi per il fruitore, ma nell'atteggiamento che vede nel problema del paziente l'interesse più rilevante.

Etica e management hanno prospettiva applicativa anche in *biopolitica* e sono ispiratori di uno stile orientato a esitare una prestazione assistenziale integrale: risultato gestionale e gratitudine umana; mirano altresì all'integrazione e al coordinamento di tutte le funzioni di un processo assistenziale⁶. L'umanizzazione della sanità non si risolve in formule di accoglienza tecnica e organismi di tutela del malato. Gli aspetti tecnici di supporto risultano insufficienti a generare un corrispondente valore umano e morale: è l'uomo (medico) che agisce su un altro uomo, con la responsabilità dello squilibrio di competenze. Se la relazione paziente-medico non è eticamente fondata e non esiste reciprocità, vi è *malasanità*. Gli aspetti tecnico-scientifici avviano il contatto iniziale e troveranno nella valutazione della qualità della relazione percepita dal paziente il giudizio finale e complessivo. La radice "mala" segue gli aspetti etici che coinvolgono gli operatori: una sanità eticamente "cattiva" o "malata". Lo scenario segna la distanza tra medico e paziente: distanza fisica e morale. Lo stereotipo secondo cui risultato positivo vale per buona sanità, mentre il negativo per malasanità, pone in primo piano gli aspetti tecnici, senza ampliare lo sguardo agli aspetti umani e umanizzanti della pratica dell'essere medico, che si prende anche cura di casi non risolvibili, ma comunque assistibili.

Salerno⁷ sottolinea che certa stampa ha inculcato la convinzione della certezza del risultato positivo dell'intervento medico, e ciò ha determinato nel medico stesso quei com-

portamenti difensivi che non sono utili al paziente e, per di più, pesano sui costi dell'assistenza. Da qualche anno parliamo di "umanizzare" la medicina e la pratica medica: per fare questo dobbiamo andare oltre gli aspetti tecnici, pur essendo questi necessariamente presenti. Ciascun caso di malasanità si porta dietro il sospetto di errore medico, dell'errore nella pratica. La conoscenza e la valutazione della pratica medica ci dicono che questa è composta da tutti quegli aspetti tecnici essenziali alla diagnosi e alla terapia, ma anche da tutti quei momenti umani fondanti la relazione paziente-medico: anche in questo secondo aspetto vi possono essere errori nella conduzione del rapporto che concorrono nel giudizio negativo per malasanità, intesa come *habitus*.

La pratica del consenso informato non riesce a realizzare reciprocità e solidarietà nel progetto di cura; posta all'inizio del percorso diagnostico-terapeutico, è suscettibile di generare, attraverso la diversità di posizioni, quella distanza procedurale che rende difficile, e forse anche ostacola, la vicinanza fondata sulla fiducia e che da quella scaturisce. Non criticiamo la pratica che, esplicitando il principio di autonomia, lo sostituisce alla beneficialità; con essa il paziente acquista responsabilità, consapevolmente e liberamente assunta, circa il progetto di cura per la propria vita; ma il diritto di sapere gli va garantito umanamente, non burocraticamente. La prassi è tuttavia pervasa da difensivismo; il paziente gradisce non che il medico lo terrorizzi scaricandogli addosso l'elenco delle possibili complicanze con linguaggio crudo, né che nel silenzio lo trascuri, bensì che gli parli, sostenendolo, e che partecipi come «uno capace di provvedere al corpo e all'anima di chi soffre, in grado di supportarlo nella sua complessa e spesso unica realtà di uomo e di ammalato»⁸. Sia col principio di beneficialità che col principio di autonomia, il paziente è il soggetto da sostenere e curare.

Scriva Cardinale: «Dobbiamo cancellare l'immagine di una professione medica algida, livida e distante, che genera diffidenza e astio nel paziente. [...] Una sanità senza anima tradisce i suoi principi. Bisogna modificare la prassi del consenso informato, divenuta spesso formula ipocrita e vuota»⁹. Non essendo medico e paziente legati nel pubblico da vincoli economici, che giustificano da soli la prestazione tecnico-professionale, ciò che diventa preponderante è la necessità di quel comportamento ispirato dalla fiducia che rende solidali e vicini due soggetti. Pertanto, l'episodio di *malasanità* avviene o per *malpractice* o per mancanza di etica che, responsabile del *negligere*, è causa di *malpractice*, di danno al paziente, sua insoddisfazione e rivalsa.

Ci sembra di poter leggere, nel presente excursus di cro-nache, che il paziente desidera il medico vicino fisicamente e prossimo umanamente, esigendo l'atteggiamento di

⁶ Malta R, Di Rosa S. Etica e management: strumenti per una rinnovata medicina olistica. GIMI 2005;4:187-91.

⁷ Salerno A. Nello sviluppo del pensiero scientifico. In: Di Gesù G. Lo sciamano, il mago, il santo. Bagheria: Plumelia 2007:11.

⁸ *Ivi*:13.

⁹ Cardinale AE. *Op. cit.*

solidarietà verso il suo *pathos*. Abbiamo tutti ben nota la natura solidaristica del nostro Servizio Sanitario Nazionale, per cui il fatto che di solito non vi sia un costo diretto della prestazione a carico del cittadino lo rende, dal punto di vista tecnico, scontato e dovuto; ma ciò che questi esige è il valore aggiunto – e lo vuole dimostrato – dell'intenzionalità che anima il medico, e la prova che l'atto assistenziale che sta compiendo gli stia veramente a cuore, a prescindere dal risultato: sigillo di buona assistenza. L'atteggiamento autenticamente umano è valore che si aggiunge agli aspetti tecnici che l'esercizio professionale esige e che giustifica la prestazione.

Una pagina di storia della medicina

Ci piace richiamare la relazione di Vittorio Spataro sugli aiuti economici offerti agli infortunati del disastro di via Lattarini, avvenuto a Palermo la sera del 19 dicembre 1907, al

punto in cui ringrazia anche le Dame che con spirito di volontariato avevano assistito gli infortunati. Il passo, che affidiamo alla storia della medicina, così recita: «... e poiché non solo il denaro può soffocare un dolore, ma, e forse meglio, riesce gradita nella sventura la parola amica, sia lecito porgere il nostro tributo di ammirazione a quelle elette Dame, che per vari giorni sedettero accanto al letto dei feriti negli ospedali, portando la parola sublime del conforto, che suona armoniosa e divina per i sofferenti»¹⁰. Lo Spataro elenca le Dame: Donna Giovanna Florio, la principessa Giulia di Trabia, Donna Franca Florio, la Marchesa di Ganzeria.

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano il professore Alfredo Salerno (Dipartimento di Biopatologia e Metodologie Biomediche, Università degli Studi di Palermo) per gli esplicitivi e preziosi suggerimenti, nonché per la revisione critica del manoscritto.

¹⁰ Spataro V. Relazione della Commissione Esecutiva del Comitato di Soccorso. Palermo: Tipografia Calogero Sciarrino (già Puccio), 1909:9. La relazione illustra la munificenza della cittadinanza a favore delle vittime del disastro e l'assegnazione dei sussidi economici. In essa si dà particolare risalto a quanti si prodigarono confortando con gesti di libera e gratuita solidarietà umana.