



# Le false ancore della cosiddetta “**medicina difensiva**”

**LUIGI LUCENTE**

Avvocato, Studio Legale  
Lucente, Milano  
[www.studiolegalelucente.it](http://www.studiolegalelucente.it)

nei confronti dei medici e descritto come dannoso per il sistema economico sanitario – risulta in realtà privo di rilevanza e riscontri concreti in quanto, oltre a essere inutile e palliativo per la tutela del professionista e pericoloso per il paziente, non avrebbe ragione di esistere per il medico bravo e qualificato.

**Cosa si intende per “medicina difensiva”**

Una definizione del concetto di “medicina difensiva” può essere ricollegata a quelle modalità di comportamento professionale del medico finalizzate principalmente a eludere o a ridurre il rischio di denunce ed eventuali cause legali, e del conseguente aumento dei premi assicurativi, nonché a garantire di potersi, in tali eventualità, difendere al meglio. La medicina difensiva si estrinsecerebbe in due differenti accezioni:

**S**empre più spesso si sente parlare di “medicina difensiva”, descritta come l’atteggiamento di difesa assunto dall’operatore sanitario nello svolgimento della propria professione per cautelarsi dal rischio di incorrere in procedimenti giudiziari per ragioni di malpractice.

Tuttavia tale approccio – che secondo alcuni sarebbe giustificato e determinato dal sempre maggiore numero di cause intentate per ragioni di colpa professionale

- la cosiddetta “medicina difensiva negativa o omissiva”: atteggiamenti cautelari e astensionistici posti in atto dai medici per tutelarsi dal rischio di essere coinvolti in contenziosi legali. Ovvero quando il medico, davanti a un caso particolarmente complicato, a rischio di errore, insuccesso o gravi complicanze, omette di fornire cure potenzialmente utili al paziente o decide di “dirottarlo” da un collega o presso un altro ospedale, ritardando o compromettendo l’efficacia delle cure;
- la cosiddetta “medicina difensiva positiva o commissiva”: consiste nell’adozione di procedure mediche non strettamente necessarie, nella prescrizione di esami o visite supplementari, ovvero nella somministrazione di un eccesso di cure non utili per il paziente e per le

casce del Servizio Sanitario Nazionale. Si attua con un comportamento di tipo preventivo e cautelativo volto, da un lato, a impedire che si verifichino risultati negativi e, dall'altro, a precostituire per il medico una documentazione attestante il compimento di tutta l'attività sanitaria idonea per la cura del caso concreto, al fine ulteriore di dissuadere i pazienti dalla possibilità di adire le autorità giudiziarie in caso di dubbio circa il corretto comportamento degli operatori sanitari. In realtà tale tipologia di medicina difensiva, in quanto volta ad approfondire e migliorare l'evento diagnostico, andrebbe considerata quale medicina difensiva "buona" poiché accrescerebbe gli standard qualitativi di medicina e cura, approfondendo dovutamente il caso concreto e monitorandolo adeguatamente. In concreto è difficile stabilire se l'"eccesso" di precauzioni sia utile, indifferente o dannoso, come nel caso della prescrizione di analisi aggiuntive che individuino una nuova patologia, ma ritardano l'inizio di una terapia urgente; ovvero il caso di parti cesarei imposti a scopo precauzionale, ma non strettamente necessari; o ancora esami diagnostici la cui esecuzione potrebbe rivelarsi dannosa per il paziente. In riferimento alla medicina difensiva positiva si pone altresì un problema economico, in quanto il medico che prescrive esami non necessari potrebbe rischiare di incorrere in una responsabilità erariale.

Il medico si determinerebbe pertanto, in certe situazioni, ad adottare delle scelte professionali dettate non tanto dalla suprema motivazione di perseguire gli interessi di cura del paziente, bensì dal timore di incorrere in richieste di risarcimento danni da colpa professionale. Si tratterebbe invero di una pratica già risalente a epoche antiche e insospettabili per comportamenti di tal genere, seppure allora dettata da motivazioni differenti ma relative alle medesime implicanze psicologiche. Nelle *Historiae Alexandri* di Curzio Rufo si narra di un episodio avvenuto nel IV secolo a.C., quando Alessandro rimase gravemente ferito in battaglia e non trovò alcun medico disposto a intervenire procedendo all'asportazione della freccia rimasta conficcata nel suo corpo. Tutti infatti temevano, in caso di esito negativo dell'intervento chirurgico, di subire ritorsioni o punizioni esemplari. Critobulo, medico di grande fama, seppure conscio del fatto che l'immediata asportazione della freccia sarebbe stata l'unico modo per salvare la vita ad Alessandro, prevedendo il rischio di una forte e irrimediabile emorragia, in prima

battuta si astenne dall'operare l'imperatore poiché temeva che l'infelice esito dell'operazione ricadesse sulla sua testa (in eius caput recideret). Il re, informato delle necessità terapeutiche e dei rischi connessi, comprese la situazione psicologica di Critobulo e riuscì a convincere quest'ultimo a intervenire per estrarre (cosa che avvenne con successo) la freccia, garantendo che il medico non avrebbe subito eventuali conseguenze funeste sopravvenute non imputabili al suo operato. La descritta vicenda permette, tuttavia, di evidenziare come un corretto approccio psicologico tra medico e paziente e come la preparazione, la professionalità e il buon senso del medico che sa come e quando deve agire e quali sono le conseguenze della sua azione rendano privo di rilevanza il concetto di medicina difensiva, in quanto conscio che se anche dovesse subire un procedimento giudiziario risulterebbe vittorioso poiché ha agito secondo quanto previsto dalle regole della sua professione.

Il medico che, colto dal timore di essere coinvolto in problematiche legate al suo operato, piuttosto che intraprendere scelte terapeutiche adeguate alle reali condizioni di salute del paziente, cerca di adattare la propria attività professionale alla pressione del rischio di ciò che potrebbe subire non è certamente da considerarsi un bravo professionista. Eppure il concetto di "medicina difensiva" ha trovato piede tanto da essere elaborato in teorie per cui il rapporto medico-paziente sarebbe negli ultimi anni mutato in quanto la medical malpractice sarebbe ormai divenuta una questione su cui è stata acquisita una profonda consapevolezza sociale, circostanza che avrebbe determinato un generale rafforzamento del concetto di tutela del paziente a discapito della posizione del medico, destinatario quest'ultimo di doveri sempre più severi ed esposto al rischio di subire azioni legali volte a ottenere risarcimenti a seguito di errori compiuti nell'esercizio della propria attività professionale. E tanto da suscitare l'attenzione del Ministero della Salute che ha ritenuto di doverne approfondire ambiti, modalità e conseguenze, effettuando indagini statistiche su un campione di medici.

### **Indagini condotte dal Ministero della Salute e da Agenas**

Il Ministero della Salute ha pertanto condotto negli anni 2013-2014 un'indagine sulla base di dati forniti dalla Commissione Parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari, dal Centro Studi "Federico Stella" e "Ordine

Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Roma” per comprendere quali sarebbero la frequenza e l'estensione delle pratiche di medicina difensiva e ha inoltre finanziato un progetto di ricerca realizzato nel medesimo periodo dall'Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), finalizzato a studiare quale sarebbe l'effettiva diffusione della medicina difensiva all'interno delle strutture ospedaliere, intitolato “Medicina Difensiva: sperimentazione di un modello per la valutazione della sua diffusione e del relativo impatto economico”. Quest'ultima indagine, pubblicata sul “Quaderno di Monitor – 2015”, supplemento alla rivista trimestrale Monitor, dal titolo “Medicina difensiva – Diffusione e impatto economico. Un modello di valutazione”, è stata condotta su un campione di circa 1.500 medici ospedalieri. La prima indagine condotta direttamente dal Ministero sulla base dei dati forniti dagli organismi sopra descritti, affronta in primis il tema delle dimensioni del fenomeno e le ragioni per le quali la medicina difensiva sarebbe praticata. Dai risultati ottenuti risulterebbe che il 77,9% del campione avrebbe tenuto almeno un comportamento di medicina difensiva nell'ultimo mese di lavoro (92,3% nella classe 32-42 anni); il 68,9% avrebbe proposto/disposto il ricovero di pazienti che riteneva gestibili ambulatorialmente e il 61,3% avrebbe prescritto un numero di esami maggiore rispetto a quello ritenuto necessario per effettuare una normale diagnosi.

Secondo le indagini riportate, si registra che il 78,2% dei medici riterrebbe di correre un maggiore rischio di essere coinvolto in procedimenti giudiziari rispetto al passato e il 65,4% riterrebbe di subire una pressione indebita nella pratica clinica quotidiana a causa della possibilità di tale evenienza. Per il 67,5% si subirebbe l'influenza di esperienze di contenzioso legale capitate ai propri colleghi e il 59,8% avrebbe timore di ricevere richieste di risarcimento. Inoltre il 51,8% risentirebbe di precedenti esperienze personali di contenzioso legale e il 43,5% esprime il timore di ricevere pubblicità negativa dai mass-media. Infine il 15% teme di incorrere in sanzioni disciplinari.

Nel report ministeriale si espone uno studio da cui si registra che il 58,6% dei medici avrebbe chiesto il consulto di altri specialisti pur non ritenendolo necessario. Il 51,5% avrebbe invece prescritto farmaci non necessari e il 24,4% avrebbe prescritto trattamenti non necessari (oltre a quelli indicati dalle Linee Guida o dai Protocolli). Il 26,2% avrebbe escluso pazienti a rischio

da alcuni trattamenti, al di là delle normali regole di prudenza e il 14% avrebbe evitato procedure rischiose (diagnostiche o terapeutiche) su pazienti che avrebbero potuto invece trarne beneficio.

L'indagine condotta invece da Agenas è stata effettuata su 1500 medici ospedalieri e ha coinvolto Lombardia, Marche, Sicilia, Umbria. L'obiettivo principale di questo “studio pilota” è stato sperimentare e validare una metodologia di valutazione e analisi del fenomeno medicina difensiva e acquisire dati sull'incidenza di tale pratica nelle strutture ospedaliere, definendone cause e dinamiche, per permettere di migliorare gli interventi finalizzati al suo contrasto.

Secondo il rapporto risulterebbe che il 58% dei camici bianchi pratica medicina difensiva e che per il 93% tale fenomeno è destinato ad aumentare. Lo studio cerca anche di spiegare le ragioni per cui si attuerebbe la medicina difensiva: per il 31% sarebbe colpa della legislazione sfavorevole per il medico, per il 28% il rischio di essere citati in giudizio e per il 14% lo sbilanciamento del rapporto medico-paziente con eccessive richieste, pressioni e aspettative da parte del paziente e dei familiari. La componente emotiva e la falsa sicurezza indotta dai comportamenti difensivi sarebbero infatti tra i principali fattori che manterrebbero e potenzierebbero il fenomeno. Secondo gli intervistati le soluzioni potenzialmente efficaci per ridurre il fenomeno sarebbero per il 49% quello di attenersi alle evidenze scientifiche e per il 47% quello di riformare le norme che disciplinano la responsabilità professionale.

Prendiamo atto dei risultati cui sarebbero pervenute queste ricerche e che ci lasciano onestamente perplessi, oltre che negativamente colpiti per il prototipo di medico che, se confermati anche su larga scala, a livello nazionale, lascerebbero trasparire, tutt'altro che consapevole di quello che fa e del giuramento che ha prestato quando ha scelto di intraprendere la professione medica.

Quasi l'80% dei professionisti intervistati a campione avrebbe, infatti, dichiarato di aver tenuto un comportamento di medicina difensiva nell'ultimo mese di lavoro, quindi avrebbe ammesso di non aver fatto qualcosa che invece avrebbe dovuto fare o di aver fatto qualcosa di inutile.

Responsabile di queste scelte sarebbe stata, per il 31% degli intervistati, la legislazione sfavorevole per il medico, la cui riforma rappresenterebbe quindi, per circa metà del campione oggetto delle riportate indagini,

la soluzione per arginare il fenomeno della medicina difensiva.

È doveroso, tuttavia, tenere bene a mente che non c'è mai stata una normativa ad hoc per i medici, quantomeno fino al 2012 quando la c.d. Legge Balduzzi, per la prima volta, ha introdotto delle novità inerenti la sola professione sanitaria: novità, comunque, certamente favorevoli a quest'ultima. Si pensi, per esempio, alla depenalizzazione degli errori medici cagionati con colpa lieve e attenendosi, comunque, alle linee guida e alle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica. Nel Codice Civile del 1942, che rappresenta la legge posta a fondamento di tutte le cause di risarcimento danni intentate dai pazienti nei confronti dei medici, non esistono articoli che disciplinano l'attività e le responsabilità dei medici, ma semplicemente articoli che regolamentano l'attività del prestatore d'opera intellettuale, categoria in cui rientrano sì i medici ma anche notai, architetti, avvocati, insomma tutti coloro che svolgono una professione intellettuale per l'esercizio della quale è necessaria l'iscrizione in appositi albi o elenchi (art. 2229); nonché articoli (art. 1176) che prevedono la necessità che il debitore, inteso sempre come soggetto tenuto a una prestazione, adempia alla propria obbligazione con la diligenza del buon padre di famiglia, da valutarsi, con riguardo alla natura dell'attività esercitata e, in difetto, (art. 1218) prevedono in capo al "debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta" l'obbligo di risarcire i danni che abbia cagionato per sua colpa, con il limite previsto dall'art. 2236 per i casi di speciale difficoltà in cui la responsabilità sarebbe riconosciuta solo per dolo o colpa grave. E, fino alle riforme più attuali che hanno dato luogo a orientamenti discordanti, l'obbligazione del medico ospedaliero, ancorché non fondata su una stipulazione negoziale di tipo ordinario, ma su un c.d. "contatto sociale", era sempre stata ritenuta anch'essa di natura contrattuale, con conseguente applicazione dei sopracitati articoli, atteso che a detto contatto si ricollegano specifici obblighi di comportamento di varia natura, diretti a garantire che siano tutelati interessi, primo fra tutti quello sancito dall'art. 32 della Costituzione (diritto alla salute), emersi o esposti in occasione del contatto stesso.

Dalle ricerche giurisprudenziali effettuate e dall'esperienza maturata grazie ai casi trattati negli anni dal nostro studio, tuttavia, emerge la totale inconferenza di questa c.d. "medicina difensiva" nelle decisioni

dei Tribunali: o il medico ha sbagliato e, allora, è stato obbligato a risarcire i danni che ha provocato con il suo errore oppure no e, in tal caso, è stato sollevato da qualsivoglia responsabilità, senza alcuna spesa in quanto a norma dell'art. 92 cod. proc. civ "chi perde paga". Mentre l'unica occasione in cui, nelle decisioni vagliate, si usa l'espressione "medicina difensiva" è nell'ambito del dibattito teorico creato dall'art. 3 del richiamato d.l. Balduzzi, che tanta confusione ha innescato tra noi operatori di diritto, mettendo in discussione tutto il sistema, giurisprudenziale e normativo di cui si è detto e che fino al 2012 riconduceva pacificamente l'attività del sanitario, ospedaliero e non, come di ogni altro libero professionista, nel regime della responsabilità contrattuale.

A tal proposito si richiama alla memoria la nota sentenza portata agli onori della cronaca e già commentata su *Tecnica Ospedaliera*, pronunciata dal Giudice del Tribunale di Milano, dott. Patrizio Gattari il 17.7.2014. In questa decisione – sposata anche da altri magistrati della stessa sezione del medesimo Tribunale – si legge che le novità legislative introdotte con la legge Balduzzi sarebbero finalizzate espressamente a "contenere la spesa pubblica e arginare il fenomeno della medicina difensiva" e proprio per questo il Legislatore avrebbe inteso ricondurre la responsabilità del medico nell'alveo della responsabilità da fatto illecito, con conseguente alleggerimento dell'onere probatorio a carico del medico e un termine di prescrizione del diritto del paziente contenuto in 5 anni, anziché 10. Naturalmente questo orientamento, anche per come è stato affrontato dai mass media, spesso fuorvianti, è stato accolto con entusiasmo dagli esercenti la professione sanitaria, ma al di là delle apparenze nasconde diverse insidie, ben evidenziate dalla successiva sentenza n. 13574/2014, emessa sempre dal Tribunale di Milano, sezione V, nella persona del giudice Andrea Borrelli il 18.11.2014. Se è vero – vi si legge – che dall'opzione interpretativa suggerita dalla prima sezione del Tribunale di Milano derivano conseguenze che sembrano essere coerenti con l'intento del Legislatore di contenere la spesa pubblica e di arginare il fenomeno della "medicina difensiva" che su detta spesa inciderebbe, è, altresì, vero che quell'opzione comporterebbe l'inapplicabilità al sanitario del limite della responsabilità del prestatore d'opera posto dall'art. 2236 del Codice Civile in materia contrattuale, con inevitabili ricadute pregiudizievoli sui sanitari, che, dunque, nei casi di speciale difficoltà

tà, risponderrebbero nei confronti del paziente anche per colpa lieve. Senza volere sviare l'attenzione su altri argomenti che non sono oggetto di questo articolo, il vero dato interessante che emerge da queste due decisioni, agli antipodi nella loro costruzione logica, è che in entrambi i casi i medici sono stati condannati per accertati errori professionali. Risulta quindi che le motivazioni per cui i medici incorrono in condanne consistono sempre nel mancato rispetto delle "buone pratiche mediche", delle regole della scienza medica, dei protocolli e delle linee guida più accreditate, oltre che del buon senso qualificato e del dovere di comunicazione con il paziente.

Orbene, chi scrive è consapevole dell'importante pericolo che si corre affrontando questo tema e cioè di perdersi in disquisizioni astratte, la "medicina difensiva" cui fanno da positivo contraltare le "buone pratiche mediche", un concetto che sicuramente può confondere le idee e dare l'impressione di essere tanto inafferrabile quanto incomprensibile.

### **Il rispetto delle linee guida e delle regole dell'arte medica: un caso concreto**

Per approfondire nel concreto il tema della medicina difensiva e meglio comprendere l'atteggiamento alla base, sottoponiamo al lettore invece della solita serie di pronunce giurisprudenziali in argomento, asettiche e ormai note ai più, un'esperienza che a nostro parere ben riassume il messaggio che con queste pagine speriamo di essere riusciti a esprimere. Presentiamo qui il racconto della signora Vincenzina, che ha dovuto affrontare all'improvviso una complicata situazione di salute. «Mi chiamo Vincenzina, ho 68 anni e fino all'inizio del 2015 facevo la nonna quasi a tempo pieno e la mia giornata era molto impegnata. La mia storia è iniziata la prima domenica di febbraio, in prossimità del Carnevale. Domenica sera andai a letto pensando al mio programma per la preparazione dei dolci tipici del periodo. Purtroppo durante la notte ebbi dei forti dolori di pancia, mi alzai e presi un antidolorifico, che mi fece passare i dolori, e riuscii a riaddormentarmi. Lunedì pomeriggio, tuttavia, mi recai dal medico per farmi visitare. Fece fatica a riconoscermi, non so se per tutti gli anni in cui ero stata sua paziente senza mai vedermi o per quei quattordici chili di peso che avevo perso negli ultimi mesi. Mi fece spogliare e mi accomodai sul lettino; iniziò a palparmi la pancia e vidi sul suo viso uno sguardo che non capii bene se fosse più interrogativo o preoccupato

e mi comunicò di aver "sentito" una massa rilevante. Mi fece fare con urgenza esami del sangue e Tac del torace e dell'addome, furono giorni di preoccupante attesa. Quando infine consegnai il referto Tac alla dottoressa vidi nei suoi occhi spegnersi il sorriso e con voce fioca mi disse "Ti mando subito a fare una vista specialistica in una struttura all'avanguardia, la migliore in questo campo". Qualche giorno dopo mi ritrovai lì con mio marito e mia figlia Gloria (che di lì a poco si sarebbe sposata) ad aspettare di essere chiamata. C'era un silenzio imbarazzante tra noi. Venne il mio turno e fui visitata nella stessa giornata sia dal gastroenterologo sia dal chirurgo generale. Ricordo che mi fu spiegato come la malattia di cui soffrivo poteva anche non essere trattata chirurgicamente ma mi sarei dovuta sottoporre a una terapia cosiddetta "neoadiuvante". Il chirurgo prenotò una visita oncologica e mi consigliò di fare una colonscopia da portare all'oncologo. Malgrado il bollino verde per l'urgenza, nei dintorni della mia città non trovai un ospedale per fare subito l'esame. Mio marito mi consigliò di rivolgermi al dott. Andrea che era diventato primario ma non sapevo dove. Riuscii a rintracciarlo e mi invitò a recarmi nel suo ospedale. Aveva già capito la gravità del mio male e richiese subito il consulto con il chirurgo oncologo del suo ospedale, che mi comunicò che avrei dovuto essere operata il prima possibile (rischiavo un blocco intestinale grave), che poteva ricoverarmi immediatamente e che, dopo la regolare preparazione, l'intervento poteva essere eseguito nel giro di 4 o 5 giorni. Dissi che ci avrei pensato qualche giorno e tornai a casa. Durante il viaggio di ritorno i miei familiari mi convinsero a sentire anche il parere del chirurgo che mi avevano visto la prima volta, il quale ribadì la sua teoria di non operare subito ma di sottopormi a un ciclo di chemioterapia. Mi consigliò anche, in caso di dolori addominali, di farmi ricoverare nell'ospedale più vicino. Al momento non capii. Perché per precauzione non mi ricoveravano, come volevano fare nell'ospedale del dott. Andrea? Perché consigliavano il ricovero nell'ospedale più comodo se io volevo farmi seguire dal loro centro? Perché non mi operavano? Perché volevano che facessi anche la Rm? La Tac non era sufficiente? Alla fine la risposta che mi diedi fu: devo morire. Intanto passavano i giorni e stavo sempre peggio, la mia pancia iniziava a gonfiarsi, non avevo più appetito, mi sentivo la febbre. "Cosa faccio?"

Qualche sera dopo il mio medico di famiglia sarebbe passato a vedermi, era una scusa per parlarmi seriamente

e convincermi a farmi ricoverare dal dott. Andrea per sottopormi all'intervento. Rassegnata al mio destino gli telefonai e l'indomani fui ricoverata per l'intervento. Dopo 9 mesi, se sono qui a raccontare la mia storia devo ringraziare il dott. Andrea e tutti i sanitari dell'ospedale in cui lavora, che mi hanno seguito e mi seguiranno nei prossimi anni».

Ascoltato il racconto della signora Vincenzina, abbiamo deciso di incontrare il dott. Andrea, chiedendogli di raccontarci la sua esperienza al riguardo.

«Mi chiamo Andrea Albertin, sono il primario del Servizio di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale San Giuseppe di Milano. Ricordo perfettamente, circa a metà febbraio, la telefonata di Vincenzina che mi descriveva con precisione ciò che stava provando e il peregrinaggio al quale si stava sottoponendo. Le chiesi di venire nel mio ospedale l'indomani stesso; io nel contempo avrei attivato la presenza del chirurgo generale per discutere immediatamente del caso. Trovai una donna provata nel corpo ma battagliera nello spirito, che mi parlò della sua necessità di arrivare al matrimonio della figlia Gloria organizzato per maggio. Si presentò immediatamente uno stato sub occlusivo intestinale da carcinosi intestinale da neoplasia a sede ignota. Saltò subito all'occhio la necessità d'intervenire rapidamente e prima di ciò organizzammo una nuova indagine Tac e un'esofago-duodeno-colonosopia. Lo stomaco apparve indenne da lesioni, mentre a livello colico fu impossibile procedere con lo strumento oltre il sigma per una stenosi verosimilmente estrinseca. Le parliamo a lungo cercando di farle capire che l'unica possibilità in questa situazione era di procedere con grande velocità all'intervento chirurgico, spiegandole altresì che, per massimizzare il risultato si sarebbe potuto procedere a un intervento, certo previsto dalla letteratura scientifica, ma che pochi approcciano con favore vista la difficoltà dell'intervento stesso, dal grave impatto che ha sul paziente per l'estesa demolizione alla quale è sottoposto il fisico e dalle importanti complicanze postoperatorie che possono portare anche alla morte del paziente. Forse confusa da ciò che le era stato proposto fino a pochi giorni prima, laddove non era stato fatto alcun cenno all'intervento chirurgico, decise di aspettare qualche giorno... purtroppo il tempo stava per scadere.

Fu ricoverata nel nostro ospedale il 25 febbraio in urgenza per occlusione intestinale in quadro di nota carcinosi peritoneale. Nei giorni prima dell'intervento fu

alimentata per via parenterale e fu studiata dal punto di vista cardiocircolatorio. Il 4 marzo 2015 fu sottoposta a laparotomia esplorativa con colectomia totale, omentectomia, colecistectomia, isteroannessiectomia bilaterale e resezione di ultima ansa ileale, peritonectomia e confezionamento di ileostomia terminale: esecuzione di chemioterapia ipertermia intraperitoneale palliativa. Il decorso postoperatorio è stato complicato da emoperitoneo in 1° giornata postoperatoria, che ha richiesto una revisione chirurgica per emostasi. Dopo due giorni di degenza in Terapia Intensiva, Vincenzina è stata finalmente trasferita in reparto, quindi il 23 marzo fu dimessa a domicilio per intraprendere un percorso oncologico chemioterapico. Quando Vincenzina insisteva nel chiedermi cosa sarebbe successo io ho sempre risposto che nelle situazioni così difficili occorre porsi un obiettivo a breve termine e, dopo averlo ottenuto, deciderne un altro sempre a due-quattro mesi di distanza. Ebbene Vincenzina è riuscita a partecipare al matrimonio della figlia, ha superato l'estate ed è tuttora tra noi».

La vicenda raccontata dalla paziente e il resoconto del medico sono esempi di come la medicina difensiva sia un atteggiamento che il medico valido e coscienzioso non sente la necessità di fare proprio. Non possiamo non riflettere sul fatto che, alla luce delle considerazioni sopra esposte, possiamo ritenere la medicina difensiva un *modus operandi* usato da quella percentuale minima di operatori sanitari impreparati, imperiti e incapaci di adottare le necessarie pratiche volte ad assicurare la cura e terapia migliore per il paziente. I molti bravi medici, infermieri e tecnici che applicano le linee guida e operano secondo il buon senso qualificato non temono certo di praticare al paziente tutte le necessarie cure volte a garantire i migliori risultati, anche quando sono prevedibili dei rischi ma l'intervento è necessario per tutelare al meglio il paziente.

Così, tornando all'esordio della nostra analisi e al racconto di Curzio Rufo, l'operato di Critobulo, che decide di intervenire su Alessandro nonostante il grave e prospettato rischio che poteva derivare dall'intervento, ma conscio del fatto che l'intervento era l'unico atto necessario per salvargli la vita, corrisponde proprio all'atteggiamento del medico valido e preparato che decide risolutamente di agire secondo quanto prescritto dalle regole della buona medicina per salvare la vita del paziente e, con il consenso di quest'ultimo, lo sottopone al trattamento sanitario. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA