



Responsabilità professionale in chirurgia e consenso informato

Riflessioni di un clinico chirurgo



Ann. Ital. Chir.

e-publish 5 September 2012

www.annitalchir.com - pii: S2239253X12020129

Nicola Picardi

Professional responsibility in surgery and informed consent. Reflections of a clinical surgeon

The medico-legal conflict especially against the surgical profession is reaching ever higher levels, such as to make considered threatened the choice for surgery of the future generations. Surgery is an Art characterized by enthusiasm and entrepreneurship chosen on the basis of a genuine vocation, but nowadays becomes increasingly prey to indirect interests, with profound negative influence on the serenity of its operators. The current legislation, for civil controversies exposes the surgeons to a presumptive judgment of guilt unless the demonstration with proofs of wrong claims, and even from television screens come daily suggestions and incitements to carry out claims also if related to the last ten years of treatments received, if someone suspects or considers to have been object of "malpractice", and particularly without payment for promoters of the shares for lawyers and medico-legal specialists.

We try to analyze the situation as objectively as possible, highlighting the inconsistencies and illusions for the rules alleged to protect both the patient and the surgeon, emphasizing instead the responsibilities of different professional groups, while not denying the need for full commitment of surgeons to operate with prudence, diligence and competence.

KEY WORDS: Informed Consensus, Medico-legal conflicts, Responsibility in Surgery.

Introduzione

Sulla scia degli orientamenti avviati da tempo oltre oceano, anche in Europa, e dunque per quanto ci interessa anche in Italia, le controversie medico-legali in tema di responsabilità professionale in ambito chirurgico si sono dimostrate in netto sorprendente aumento soprattutto nell'ultimo decennio, con pesanti interferenze sull'esercizio della professione sia nel pubblico che nel privato, oltre che con sempre più grave impegno del calendario delle operazioni giudiziarie ¹.

A fronte di questa accresciuta conflittualità medico-legale si deve però anche ricordare come di fatto il riconoscimento giudiziario di una censurabile responsabilità

professionale a carico degli operatori delle varie specialità chirurgiche, al termine di percorsi giudiziari talvolta lunghi e sofferti, viene riconosciuta in una estrema minoranza di casi in termini statistici, e si conclude con l'attivazione. Da qui il sospetto che non i pazienti ma le professioni forensi, compresa quella medico-legale, e le assicurazioni verso i rischi professionali, con i loro premi sempre più gravosi, siano i veri beneficiari di questa conflittualità e delle controversie che ne derivano.

Poco importa sapere che si tratta di un fenomeno ormai generalizzato nelle società di tipo occidentale, e dunque anche in Italia, ma è assolutamente importante riuscire ad analizzare il fenomeno nelle sue cause remote e in quelle specifiche per individuare i mezzi di prevenzione, cercando ad un tempo di individuare con obiettività se vi siano effettivamente delle conseguenze positive di carattere generale, quali sono i possibili effetti sfavorevoli nell'esercizio della pratica professionale, e in definitiva se i pazienti traggano o meno qualche vantaggio, oppure se per caso essi non rappresentino che un mezzo e non il fine.

Pervenuto in Redazione Agosto 2012. Accettato per la pubblicazione Settembre 2012.

Correspondence to: Prof. Nicola Picardi, Via Montevideo 6, 00198 Roma (nicola.picardi@gmail.com)

Senza alcun dubbio vi sono conseguenze positive di questi nuovi orientamenti, in particolare per aver messo in maggiore esplicita evidenza un doveroso richiamo all'obbligo per il chirurgo di operare in modo assolutamente responsabile, e dunque la necessità di un suo continuo e puntuale aggiornamento professionale, che attualmente per essere completo non può prescindere da un coinvolgimento multidisciplinare di altrettanti specialisti, specie nella fase diagnostica e del trattamento postoperatorio, tutti personalmente impegnati nella responsabilità complessiva.

Inoltre, in un'epoca in cui la prassi chirurgica è stata verificata in molti aspetti della sua efficacia su risultati valutati scientificamente e dunque *confermata dall'evidenza*, non è più attuale una condotta fondata soltanto su scelte esclusivamente soggettive e di tipo tradizionale, anche se non è ragionevole né giusto per un chirurgo rinunciare del tutto al bagaglio delle proprie esperienze acquisite.

Per quanto riguarda invece l'esercizio della professione, la consapevolezza che oggi è sempre in agguato una possibile conflittualità di tipo medico-legale proietta un'ombra di insicurezza e soprattutto di timidezza sugli operatori di un po' tutte le *specialità chirurgiche*, oltre che in *ostetricia*², ed in *ortopedia*, che sono quelle più esposte a rischi in virtù della rilevante invasività delle moderne possibilità tecniche, che consentono di affrontare anche nei trattamenti di elezione patologie più complesse, individuate con mezzi diagnostici estremamente evoluti nella strumentazione tecnologica. Ed a queste problematiche non sfuggono nemmeno le situazioni di oncologia³, né le pur libere scelte del tutto volontarie di chirurgia estetica^{4,5}.

Alla naturale ed intrinseca tensione emotiva che accompagna il chirurgo nel suo operare al meglio, si aggiunge oggi la latente preoccupazione di una sempre possibile futura chiamata di responsabilità, e dunque il suo agire diventa inevitabilmente meno sereno, specie nell'operare le scelte più difficili, con una limitazione psicologica della libertà di azione che l'esistenza di una assicurazione professionale non è in grado in alcun modo di neutralizzare, perché con tutta evidenza non si tratta di un problema soltanto economico, ma anche e soprattutto di reputazione professionale e di credibilità personale.

È facilmente comprensibile che il paziente non trae vantaggio da questa condizione psicologica meno serena o quanto meno frenata del chirurgo che deve provvedere a restaurare la sua salute.

Motivi di fondo dell'aumento delle controversie medico-legali in tema di responsabilità professionale

Si tende con semplicismo ad individuare i responsabili di questa spiacevole, e almeno in parte deleteria, situazione nella propaganda sottile e interessata della cate-

ria degli avvocati e dei medici legali, che addirittura ormai quotidianamente dagli schermi televisivi tendono ad instillare dubbi in chi potrebbe non essere soddisfatto degli esiti di un trattamento medico ricevuto (*"anche risalendo indietro agli ultimi dieci anni"*!), per l'eventuale timore di essere stati vittima di malasanità, ed a prospettare vantaggi e risarcimenti con l'intraprendere azioni di rivalsa legale nei confronti degli esecutori delle cure ricevute, offrendo addirittura una collaborazione professionale al netto di qualsiasi onorario in caso di insuccesso. È certamente difficile resistere a questa che rappresenta una vera e propria tentazione, in apparenza senza rischi personali.

Senza negare questa ipotesi, probabilmente la causa va cercata cronologicamente ancora più a monte, in una serie di comportamenti incongrui ed imprudenti che vengono proprio dallo stesso mondo sanitario⁶.

Un primo indubbio elemento di colpa è certamente ascrivibile al comportamento di quei medici che si esprimono con ingiustificata maldicenza, aperta o velata, nella valutazione dell'opera di Colleghi che in precedenza hanno curato lo stesso paziente, violando palesemente un codice etico che nulla ha a che fare con l'omertà, ma è inteso a non danneggiare pregiudizialmente il fondamentale rapporto di fiducia medico-paziente. Anche un semplice sollevare di sopracciglio può convincere un paziente sospettoso a ritenersi vittima di "malasanità", laddove può capitare che stia ascoltando ed assistendo semplicemente ad una difformità di opinioni.

Un secondo fattore è rappresentato dal fatto che pochi medici sanno sottrarsi al fascino di una convocazione in programmi di divulgazione sanitaria, o addirittura in talk-show, per apparire sul piccolo schermo ed esibire la loro cultura, la loro esperienza ed affermare più o meno esplicitamente la propria superiorità professionale⁶. Non ci si rende conto forse che con tale atteggiamento quanto meno indulgente a soddisfare la curiosità dei profani, si induce in essi la presunzione di non esserlo più, e quindi in grado di giudicare l'operato dei medici con cui capitasse loro di venire loro malgrado in contatto, dal confronto con ciò che credono di aver capito dall'aver assistito ad un programma televisivo. I medici partecipanti a questi spettacoli televisivi sono i principali colpevoli di ingenerare mal fondate presunzioni, spesso dando per certe delle semplici ipotesi futuristiche o addirittura opinioni, e non si rendono conto che, per motivazioni soprattutto di vanità personale, violano il saggio e lungimirante principio contenuto nel giuramento ippocratico dei medici *"Metterò a parte dei precetti e degli insegnamenti orali e di tutto ciò che ho appreso i miei figli del mio maestro e i discepoli che avranno sottoscritto il patto e prestato il giuramento medico e nessun altro."*

Un terzo e non ultimo elemento da considerare, e che ha notevole influenza nel corso dei procedimenti giudiziari perché foriero di accese controversie medico-legali, sono i trionfalismi verbali dal piccolo schermo e quelli eventualmente riportati nelle pubblicazioni scientifiche,

in cui prevalgono in maniera quasi assoluta i successi di questa o quella terapia, a partire da una brillante diagnostica tecnologicamente avanzata, senza mettere adeguatamente in luce, o addirittura trascurandoli, gli insuccessi totali o parziali delle stesse proprie esperienze, pudicamente tenute in disparte, e senza analizzare le percentuali – che significano numero di individuali pazienti – che rimangono insoddisfatti o penalizzati dall'incontro con l'arte medica.

Cosa deve pensare un Giudice chiamato a risolvere una controversia per responsabilità professionale, se il caso in questione appare radicalmente difforme dai risultati vantati nelle casistiche celebrate nella letteratura medica di settore?

La diffusa ammirazione per il mondo scientifico anglosassone, e per i suoi atteggiamenti pragmatici ed improntati ad un rigido calvinismo, dovrebbe investire anche l'atteggiamento di chi affida alla letteratura scientifica le proprie esperienze, eliminando i pudori ingiustificati nel tacere delle inevitabili possibili complicazioni ed anche degli insuccessi, sia per essere onesti nei confronti delle acquisizioni scientifiche ("dimostrabile e ripetibile"), anche su quello etico in una visione lungimirante in tutte le direzioni di un corretto esercizio della propria professione.

Informazione al paziente e consenso informato

È del tutto pleonastico riaffermare la correttezza e competenza professionale che il chirurgo deve impiegare nel curare "secondo scienza e coscienza" i suoi pazienti. Ma questi doveri non riguardano soltanto gli aspetti materiali e tecnici, ma devono essere rivolti a tutti gli aspetti del rapporto professionale, ricordando che il paziente è una persona e non un oggetto.

La sua azione curativa deve cominciare fin dal suo primo contatto con il malato che a lui si rivolge, che va trattato con amichevole solidarietà in considerazione della sua delicata condizione di sofferente sia sul piano fisico sia anche e se soltanto emotivo. Lo si deve rendere partecipe di ogni possibile aggiornamento circa la sua patologia, illustrandone le eventuali problematiche specifiche e l'esistenza dei presidi diagnostici e terapeutici adeguati, mettendosi naturalmente al livello della sua cultura ed intelligenza. Gli vanno illustrati gli aspetti positivi raggiungibili (*le luci*) ma senza trascurare difficoltà, incognite e possibili risvolti negativi (*le ombre*), non dimenticando però anche nei casi meno favorevoli di non far nulla per danneggiare le speranze del paziente, il che equivale già ad una prima base di terapia, se non altro a livello emotivo. Va dunque evitata accuratamente ogni drammatizzazione pur nelle situazioni più problematiche, anche se per precostituire delle giustificazioni in caso di insuccesso, perché costituirebbero per il paziente un danno psicologico senza alcun giovamento per lui.

Solo dopo aver ottemperato a questa fase introduttiva

del contatto diretto con il paziente, dopo aver perfezionato la diagnosi vera o più probabile, ed in fase di formulazione delle indicazioni operatorie, andrebbe redatto il documento di "consenso informato", secondo le norme vigenti, intese a formalizzare preventivamente quanto concordato tra paziente ed il chirurgo cui egli si è affidato, mettendo nero su bianco ciò che nei comportamenti tradizionali era una prassi doverosa ma soltanto verbale.

Nel documento vanno dichiarati la diagnosi definitiva o presunta ed il conseguente programma dell'intervento chirurgico prospettato al paziente, a testimonianza dell'avvenuta compartecipazione del paziente alla fase decisionale, chiedendogliene la sottoscrizione.

Per la compilazione del documento di C.I. è in genere consigliabile non fare ricorso a modelli prestampati, ma prepararne uno del tutto personalizzato alla situazione specifica, specie per quanto riguarda la segnalazione di eventuali rischi e possibili complicazioni.

Dopo il colloquio preparatore si dispone infatti di utili informazioni circa le conoscenze già in possesso del paziente e del suo livello culturale, e si è dunque in grado di specificare al meglio le motivazioni delle scelte terapeutiche che gli vengono proposte, e ad un tempo il chirurgo è indotto a meditare anche più a fondo, e senza superficialità, la problematica del singolo caso, programmando in maniera personalizzata la terapia da praticare.

Il documento scritto di C.I. – divenuto ormai di fatto irrinunciabile – nelle intenzioni originarie avrebbe voluto rappresentare un elemento di rispetto per la persona ed una protezione aggiuntiva per il paziente che va a sottoporsi ad una pratica terapeutica non elementare, rendendolo consapevole del procedimento programmato e liberamente accettato dopo averlo compreso.

Esso rappresenta obiettivamente un punto chiave – ma dolente – nell'attuale esercizio della attività chirurgica, perché al di là del dichiarato scopo di voler regolamentare e verificare nel modo più obiettivo l'avvenuta informazione preventiva al paziente circa il trattamento chirurgico cui verrà sottoposto ed il suo libero *consenso*, ha in realtà anche il significato di co-responsabilizzare lo stesso paziente nelle decisioni programmate, diminuendo il qualche modo il rischio per il chirurgo di poter incorrere in una successiva controversia medico-legale, al di là della qualità dell'esecuzione materiale dell'intervento stesso.

Bisogna però chiedersi se questi scopi vengono effettivamente raggiunti.

Il voler mettere per scritto questa procedura testimonia innanzitutto, o suggerisce, una evidente incrinatura nel rapporto fiduciario chirurgo-paziente, e come tale presenta risvolti negativi a sfavore sia del paziente che del chirurgo.

La formalizzazione per scritto dei processi patologici che portano all'indicazione operatoria ed alle possibili evoluzioni (la diagnosi), non è facile da spiegare ad un pro-

fano, e pertanto si deve far ricorso a categorie schematiche meglio comprensibili perché grossolanamente note. Per lo più esse non sono direttamente esaurienti nella loro variabilità. Inoltre la segnalazione per scritto dei possibili risvolti negativi, delle complicanze e dei rischi insiti nell'esecuzione del trattamento chirurgico possono determinare una sorta di "terrorismo psicologico" proprio nel momento di massima debolezza del paziente, che deve invece essere aiutato a prendere con la massima fiducia possibile le sue decisioni. In particolare un lungo e particolareggiato elenco di tutti i possibili risvolti negativi al fine di configurare una futura protezione medico-legale del curante, danneggiano certamente la emotività del paziente che non può che rifugiarsi sconcolato nel rapporto di fiducia, pur ormai con l'insinuazione di possibili sospetti.

A ben considerare il documento di C.I. *non rappresenta una vera protezione per il paziente* perché nella maggioranza dei casi non si riesce a trasmettergli interamente il significato delle scelte che vengono sottoposte alla sua sottoscrizione, in quanto fondamentalmente profano della materia con riferimenti conoscitivi basati sul "si dice", su "un mio amico mi ha detto", o su spezzoni di interviste televisive e radiofoniche o su letture di articoli di giornali. Per lo più egli finisce per sottoscrivere l'accettazione del trattamento propostogli con il sottinteso – soggettivo – che il risultato raggiunto sarà quello pienamente sperato. Per di più, e del tutto correttamente, nei casi più problematici gli viene chiesto di sottoscrivere eventuali variazioni del progetto terapeutico nel corso di intervento chirurgico, secondo il giudizio estemporaneo dell'operatore, facendo quindi nuovamente ricorso al rapporto fiduciario medico-paziente, ma su un documento scritto.

Ad una approfondita riflessione però il documento di C.I. *non rappresenta nemmeno una valida difesa dei chirurghi*. Infatti in realtà al paziente viene richiesto di sottoscrivere un programma di terapia chirurgica difficilmente da lui comprensibile fino in fondo, ed a posteriori egli potrebbe, in caso di contestazione, dichiarare di "non aver ben capito" riversando una ulteriore ipotesi di colpa sul chirurgo per non avergli fornito una informazione sufficientemente completa ed adeguata alla sua cultura di base, e dunque essenzialmente di essere stato vittima di un inganno. Vero o falso che sia ciò può rappresentare indubbiamente un appiglio medico-legale a sfavore del chirurgo.

Entrata ormai nella pratica corrente di chirurgia (e di anestesia) la norma del far sottoscrivere al paziente un documento di C.I., la eventuale mancata ottemperanza potrebbe rappresentare un elemento di negligenza in senso medico-legale, anche se non rappresenta un vero obbligo di legge come per le trasfusioni di derivati del sangue. Ma anche se il documento è formalmente presente, non si esclude che possibili incompletezze ed inesattezze possano indurre a riconoscerne una sostanziale non validità.

In sintesi solo il raggiungimento del pieno risultato positivo, con guarigione e soddisfazione del paziente, rappresenta la vera completa liberatoria per il chirurgo dal rischio di essere coinvolto in una vertenza giudiziaria. Ma è ben noto che non sempre il risultato ottimale può essere raggiunto, e che al di fuori di obiettive responsabilità professionali (imprudenza, imperizia, negligenza) possono insorgere a seguito del trattamento chirurgico e dell'assistenza postoperatoria complicanze ed imprevisti che ne pregiudichino la completa positività dell'esito, e dunque sussiste la possibilità di attivare comunque una controversia medico-legale, anche se l'obbligo sancito dalla legge è quello di procedimento ma non di risultato.

Conseguenze negative: la medicina difensiva

La situazione che si è venuta a creare è obiettivamente delicata, perché è inevitabile che i chirurghi rimasti vittima, specie se ingiustamente, di lunghi procedimenti legali a loro carico, anche se eventualmente terminati con un'ordinanza di archiviazione, oppure semplicemente a conoscenza di vicende analoghe coinvolgenti dei loro colleghi, non riusciranno più ad agire con l'atteggiamento entusiasta ed altruisticamente disinteressato proprio della loro iniziale pratica professionale, ma ogni loro futura azione potrebbe avvenire all'ombra di un timore, se non un condizionamento alle libere scelte, con in primo piano la necessità di cautelarsi nei confronti di coinvolgimenti medico-legali.

Innanzitutto potrebbero evitare di impegnarsi in trattamenti chirurgici maggiormente esposti al rischio di insuccesso, rinunciando ad impegnarvisi al di fuori di situazioni di emergenza o di urgenza, anche se proprio le ragioni della loro rinuncia testimoniano della loro sostanziale competenza.

Si viene cioè ad orientarsi, consciamente o inconsciamente, verso un atteggiamento individuato come "medicina difensiva", che si manifesta anche nel catastrofismo da alcuni consigliato nell'illustrare al paziente tutte le possibili complicanze insite nella situazione ed invitarlo ad una accettazione sottoscritta.

Un atteggiamento di questo genere viola la vocazione che è alla base dell'arte sanitaria, che è quello di soccorrere ed aiutare il paziente, possibilmente e dico possibilmente guarirlo, ma non ferirlo mai nelle sue speranze, che forse per alcuni tipi di patologia è l'unica terapia praticabile. Il paziente è indotto a pensare "se mi si prospettano tante complicazioni potenziali mi sarò affidato al medico giusto? Oppure si tratta di un insicuro che cerca protezione nella mia firma per sentirsi poi assolto in caso di qualunque risultato negativo?!" E si insinua il tarlo del dubbio, che potrebbe esplodere in caso di insoddisfazione dei risultati.

In questo senso il modulo di "consenso informato" rappresenta un'arma negativa a doppio taglio, perché indubbiamente può togliere serenità e fiducia al paziente, ma

non mette il curante al riparo certo da eventuali chiamate di responsabilità.

Oltre che alla eventuale rinuncia ad impegnarsi in terapie rischiose, con la medicina difensiva si tende ad ampliare il coinvolgimento nella responsabilità di un maggior numero di specialisti con ripetute consulenze, con detrimento culturale ed operativo delle conoscenze di fisiopatologia, di semeiotica e di clinica, e con aumento dei costi della sanità, sia per l'allungamento delle fasi preparatorie agli interventi di elezione che per il ricorso non sempre indispensabile a tutte le attuali possibilità di diagnostica strumentale.

La **medicina difensiva** rappresenta certamente un danno sia per l'economia del SSN che per gli stessi pazienti, e per la stessa formazione in chirurgia delle nuove generazioni, e dunque in via teorica va totalmente respinta, purchè si individuino rimedi che consentano al paziente di affidarsi con motivata fiducia ed al chirurgo di operare con la necessaria serenità.

Conclusioni

A parte di danni economici che derivano al chirurgo dallo straripante ricorso alla conflittualità medico-legale, sia per fronteggiare gli cresciuti premi assicurativi che per gli onorari degli avvocati e dei medici legali incaricati di assumere il ruolo di Consulenti Tecnici di parte, non si devono in alcun modo tacere gli importanti riflessi psicologici negativi sul chirurgo che è investito da una vicenda giudiziaria per una sua precedente prestazione specialistica.

Ciò è particolarmente vero se viene chiamato a rispondere di responsabilità professionale ritenendosi vittima di accuse ingiuste o addirittura di una mancata riconoscenza per la sua opera. Inoltre se si tratta di un procedimento da codice civile, deve fronteggiare l'aggravante di dimostrare con prove la sua non responsabilità.

È comunque difficile continuare ad operare con la dovuta serenità con una "spada di Damocle" pendente sul proprio capo, e necessariamente per più anni per le necessarie trafilate giudiziarie ed eventualmente processuali. Anche quando giunge l'assoluzione liberatoria con l'archiviazione del procedimento è altamente probabile che il chirurgo affronterà in futuro situazioni professionali analoghe con ben altro animo di prima, vittima di timidezze e trepidazioni precedentemente sconosciute, quando con serenità poteva applicarsi con tutto l'entusiasmo ed il pieno della carica emotiva della sua originaria vocazione alla cura dei propri malati, pur adottando tutte le precauzioni metodologiche e legali, compreso il più corretto dei Consensi Informati, per porsi al riparo di possibili ulteriori danni da nuove chiamate di responsabilità.

Può capitare che da quel momento, conscio o subconscio, vada formandosi in lui una sorta di disimpegno da situazioni professionali complesse che prima stimolavano invece il suo entusiasmo.

Non si deve infine dimenticare come almeno una parte delle rivendicazioni dei pazienti è in realtà sostanziata da inadeguatezze dell'organizzazione e dell'amministrazione del sistema sanitario nazionale, ma non da inadeguatezze dei sanitari, per insufficiente o carente funzionalità delle attrezzature, per carenze di possibilità di pronto ricovero, per malintese economia gestionali o addirittura per favoritismi dell'assunzione del personale sanitario. Tutto ciò è stato autorevolmente evidenziato nel testo di Giovanni Buonomo, che a fianco della "malasanità" ricorda la responsabilità della "mala-amministrazione"⁸.

In conclusione, pur nella attuale situazione di riconosciuta tendenziale aggressività medico-legale dei pazienti nei confronti soprattutto dei chirurghi, oltretutto sollecitata ormai scandalosamente addirittura dal mezzo televisivo grazie alla permissività concessa dalla liberalizzazione della pubblicità professionale, bisogna avere l'orgoglio di continuare a praticare al meglio, e con atteggiamento culturalmente aristocratico, la propria professione chirurgica, senza ripiegare timidamente nella incombente medicina difensiva, ma adottando criteri metodologici rigorosi e motivazioni ragionate della propria condotta, senza trascurare in alcun modo la gestione del documento clinico fondamentale, la cartella clinica⁷, vero baluardo contro le aggressività legati ingiustificate.

Naturalmente si evidenzia come assolutamente necessaria urgente una nuova regolamentazione della materia, aggiornandola ai criteri di gradualità degli eventi negativi che possono conseguire ad un trattamento chirurgico in senso lato ed essere interpretati dai profani come "colpe". Bisogna cioè fare una distinzione tra complicazioni ed incidenti, che in realtà non rappresentano colpe ma rischi intrinseci alla invasività della terapia chirurgica, dalle vere "colpe gravi" per imprudenza, imperizia o negligenza, fino a stornare le ipotesi di dolo che sono di esclusiva competenza del codice penale.

Riassunto

La conflittualità medico-legale nei confronti specialmente della professione chirurgica sta raggiungendo livelli tali da far ritenere addirittura in pericolo la vocazione alla chirurgia delle future generazioni. Un'arte caratterizzata dall'entusiasmo e dall'imprenditorialità professionale fondata su una vocazione genuina, si dimostra sempre più preda di interessi secondi, con profonda influenza negativa sulla serenità dei suoi operatori. La vigente legislazione, in sede civile li espone addirittura ad un giudizio presuntivo di colpevolezza salvo la possibilità di presentare prove liberatorie, e dagli schermi televisivi si leggono giornalmente incitazioni a procedere a rivendicazioni riferibili addirittura agli ultimi dieci anni dei trattamenti terapeutici ricevuti, se si ritiene che si sia trattato di "malasanità", e senza oneri economici a carico dei promotori delle azioni legali.

Si cerca di analizzare con la massima obiettività la situazione, evidenziando le incongruenze e le illusioni delle norme stabilite a presunta protezione sia del paziente che del chirurgo, mettendo in risalto invece le responsabilità di diverse categorie professionali, senza peraltro negare la necessità del massimo impegno dei chirurghi di operare con prudenza, diligenza e competenza.

References

1. Boscolo-Berto R, Viel G, Cecchi R, Terranova C, Vogliardi S, Bajanowski T, Ferrara SD: *Journals publishing bio-medicolegal research in Europe*. Int J Legal Med, 2012; 126(1):129-37.
2. DiPietra L, Gardiman M, Terranova C: *Post-partum maternal death associated with undiagnosed Hodgkin's lymphoma*. Med Sci Law, 2012; 52(3):174-77.
3. Partemi S, De Giorgio F: *Medico-legal aspects of mesotelioma*. Ann Ital Chir, 2004; 78/5:401-404.
4. Terranova C, Sartore D, Snenghi R: *Death after liposuction: Case report and review of the literature*. Med Sci Law, 2010; 50:161-63.
5. Iorlo M, Navissano M: *Cicatrice e danno estetico. Valutazione del danno biologico*. Ed. Minerva Medica, Torino, 1999.
6. Picardi N: *Luci ed ombre dell'editoria radiotelevisiva su temi della salute tra informazione e propaganda*. Ann Ital Chir, 2006; 77/6: 537-40.
7. Picardi N: *Sul Consenso Informato*. Forum del sito web della S.I.C.U.T. – 2011 – www.sicut.it.
8. Buonomo G: *La responsabilità professionale del medico*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2008. Prefazione: N. Picardi.