

Filippo Anelli e Giuseppe Ferrara  
con A. D'Amato, R. D'Ambrosio, O. Di Stefano, T. Fiore,  
R. Guerra, R. Rossi, M. Saccomanno, O. Schiraldi, S. Scotti

# LA SALUTE NELLA E OLTRE LA LEGGE

*Sfide odierne*

PUBBLICA  
ETICA

Filippo Anelli – Giuseppe Ferrara  
(a cura di)

con i contributi di

A. D'Amato, R. D'Ambrosio, O. Di Stefano, T. Fiore,  
R. Guerra, R. Rossi, M. Saccomanno, O. Schiraldi, S. Scotti

# LA SALUTE NELLA E OLTRE LA LEGGE

## Sfide odierne

edizioni la meridiana

 **C**ercasi un fine

Introduzione	
<i>di Filippo Anelli e Giuseppe Ferrara</i>	9
1. La salute nella e oltre la legge	
<i>di Filippo Anelli e Giuseppe Ferrara</i>	11
2. Il codice etico: confronto tra generazioni	
<i>di Filippo Anelli, Oronzo Schiraldi, Rocco Guerra e Rocco D'Ambrosio</i>	25
3. Politica e professione	
<i>di Silvestro Scotti, Michele Saccomanno, Tommaso Fiore, Filippo Anelli</i>	45
4. La cura del malato: segreto, riservatezza e attenzione	
<i>di Roberto Rossi</i>	61
5. Il conflitto di interessi	
<i>di Andrea D'Amato, Tommaso Fiore, Filippo Anelli</i>	73
6. Autonomia e responsabilità: da chi dipende il medico	
<i>di Ottavio Di Stefano</i>	85



**Filippo Anelli**, medico, presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Bari.

**Andrea D'Amato**, presidente dello stabilimento Serono di Bari.

**Rocco D'Ambrosio**, docente, ordinario di Filosofia politica presso la Pontificia Università Gregoriana di Roma. È direttore delle scuole di politica dell'associazione Cercasi un fine.

**Ottavio Di Stefano**, medico, presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Brescia.

**Giuseppe Ferrara**, medico, specialista in Ortopedia e Traumatologia, redattore del periodico di cultura politica "Cercasi un fine".

**Tommaso Fiore**, medico, è stato docente ordinario di Anestesiologia e Rianimazione presso l'Università di Bari e assessore alla sanità dal 2009 al 2011.

**Rocco Guerra**, medico, revisore dei conti dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Bari.

**Roberto Rossi**, magistrato, è stato componente del Consiglio superiore della magistratura.

**Michele Saccomanno**, senatore della XVI legislatura, è stato assessore alla sanità dal 1995 al 2000 e assessore all'ambiente dal 2000 al 2005.

**Oronzo Schiraldi**, medico, è stato direttore della Clinica Medica presso l'Università di Bari.

**Silvestro Scotti**, medico, presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Napoli e vicesegretario Fimg.



Scienza medica e diritto sono due mondi conciliabili?

Se pensiamo alla gestione del caso Stamina, la prima risposta è sicuramente no.

In Italia, mentre la FNOMCeO elaborava il nuovo Codice di Deontologia Medica, associazioni, personaggi dello spettacolo, politici, giornalisti della stampa e della televisione, opinionisti vari valutavano l'efficacia del cosiddetto "protocollo Stamina" e proponevano piani terapeutici mentre molti magistrati lo imponevano ai medici a forza di ordinanze.

Una vera e propria sfida! La salute affidata non ai medici ma alla legge o addirittura oltre la legge!

Il caso Stamina, al netto delle eventuali conseguenze giudiziarie sulle quali non esprimiamo alcuna opinione, rappresenta il punto di non ritorno per tutti quelli che credono nella libertà e indipendenza della professione medica, ispirata ai principi e alle regole della deontologia professionale. Esso rappresenta un momento di divisione e di contrasto tra le varie articolazioni dello Stato e della società civile. Una frattura che dobbiamo risanare, soprattutto tra professione medica e potere giudiziario.

Il terzo anno di corso della Scuola di Etica Pubblica per operatori sanitari, promosso dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Bari e dall'associazione Cercasi un fine, ha affrontato il tema del rapporto della professione medica normata dal Codice di Deontologia Medica con il sistema legislativo, la magistratura e la politica affrontando nella prassi della quotidianità del lavoro temi che vanno dall'autonomia del medico alla responsabilità, dalla libertà di cura del paziente al consenso informato, dalla gestione del segreto professionale al conflitto d'interessi, dai rapporti con la magistratura a quello con la politica. Un variegato universo di problematiche per le quali la professione si è fornita di uno strumento come il nuovo Codice di Deontologia Medica.

Questo libro prende in esame il rapporto medico-paziente così come disciplinato dalla legge, partendo dalla Costituzione sino al nuovo Codice di Deontologia Medica. Luci e ombre, consonanze e dissonanze, propositi e carenze sono emersi durante questo terzo anno della Scuola di Etica Pubblica.

Questa pubblicazione ne raccoglie le relazioni e rappresenta la continuazione di una riflessione sulla professione medica iniziata nella precedente, *I dubbi e le sfide del medico*, dove si affrontavano in particolare le problematiche del rapporto medico-paziente all'interno di una società in continua evoluzione.

# 1 LA SALUTE NELLA E OLTRE LA LEGGE

*Filippo Anelli e Giuseppe Ferrara*

La nostra domanda è: “Qual è il rapporto della professione del medico con la legge?”.

La domanda sembra tanto banale da non meritare una risposta, oppure la risposta può essere semplice e scontata se pensiamo che per esercitare la professione dobbiamo seguire un regolare corso di studi, dobbiamo superare un esame abilitativo, superare dei concorsi, eccetera. In sostanza svolgiamo delle attività secondo quanto stabilito dalle leggi dello Stato.

La nostra risposta può non essere altrettanto semplice e scontata se quella che dovrebbe essere la normale attività di prevenzione, diagnosi e cura inizia ad avere dei limiti legati, sempre per legge, ad esempio, a tetti di spesa, carenze strutturali o vuoti di organico dei vari settori.

Le nostre certezze cominciano a vacillare se siamo tenuti troppo spesso a rispondere del nostro operato in un'aula di giustizia.

E, per finire, non sappiamo più cosa pensare e rispondere quando quella stessa magistratura che ci sottopone al giudizio della legge, ci impone un orientamento diagnostico o terapeutico privo di fondamento avallando, nella fattualità della legge, ciarlatanerie terapeutiche.

Siamo partiti da una domanda semplice e da una risposta scontata per finire nella più sconcertante incertezza.

A questo punto tentiamo di ricostruire la trama di un ragionamento possibile che ci permetta di ripristinare un rapporto positivo non tanto con le leggi, quanto con i magistrati che le interpretano e le applicano, tralasciando per un momento la politica che le approva.

Medico e magistrato praticano due professioni che sono nella profondità della loro essenza delle professioni intellettuali e, pertanto, almeno nei principi e nelle intenzioni, indipendenti da pressioni esterne “altre” ma, nei rispettivi campi di azione, legittime, libere e per conseguenza cariche di responsabilità. La libertà è il presupposto della responsabilità professionale.

La formazione e la professione del medico sono normati, sono possibili solo secondo le leggi dello Stato. Già Federico II nelle Costituzioni di Melfi del 1231 codifica e definisce le professioni del medico e del farmacista, infatti, in queste Costituzioni era fatto “divieto dell’esercizio della medicina a chi non avesse conseguito con pubblico esame l’approvazione dei maestri di Salerno” (libro III, titolo XLIV)<sup>1</sup>.

Però, essere abilitato alla professione, dopo un regolare corso di studi e relativi esami, significa essere medico?

Molto spesso no, nella pratica e nel senso più profondo del significato. Molti di noi con grande difficoltà diventano medici dopo, nella pratica clinica e con ancora più grande difficoltà acquisiscono un’etica professionale, anche perché il corso di studi non fornisce una formazione sull’etica professionale intesa non secondo il significato ristretto di morale, ma intesa con un significato oggettivo, cioè orientata e delimitata da un complesso di regole circostanziate, condivise e riconosciute nel Codice di Deontologia Medica. Etica intesa come prassi della volontà nella e oltre la legge, se necessario.

Tutto, dunque, sembra ruotare da secoli intorno alla legge. Si è formati e abilitati in base alle leggi dello Stato; si pratica la professione secondo norme e regolamenti legislativi; si impara a operare nella società secondo una prassi riconosciuta dalle leggi ma anche sostenuta e confortata dal Codice di Deontologia Medica. Ma, quale valore ha questo Codice? È un semplice regolamento interno? È una raccolta di buone intenzioni? È un galateo professionale<sup>2</sup>?

In base al significato etimologico, la deontologia ci indica che cosa è conveniente, quale comportamento è giusto o sbagliato<sup>3</sup>. Ci consente di valutare preliminarmente una possibile scelta; ha un effetto immediato e pratico. L’importanza del Codice deontologico risiede in due fatti che ne sostanziano la natura: il primo è che si tratta di una scelta condivisa all’interno della professione, il secondo è che attraverso la legge, è una delle fonti del diritto. Ha valore giuridico dal quale deriva una responsabilità diretta. Ha la stessa importanza e dignità delle leggi dello Stato e come le altre leggi dello Stato è sottoposta al primato della

---

<sup>1</sup> Cosmacini G., *L’arte lunga*, Laterza, Bari 2005, p. 178.

<sup>2</sup> *Galateo dei medici*, questo era il titolo di un libro di G. Pasta (Bergamo 1742-1823). È un esempio del tentativo di fornire al medico un codice deontologico.

<sup>3</sup> Il termine deontologia, conoscenza di ciò che è giusto e conveniente, è utilizzato da J. Bentham (Londra 1748-1832) che mira a costituire una “sana morale”. “La base della deontologia è il principio di utilità, cioè in altri termini, il principio che un’azione è buona o cattiva, degna o indegna, meritevole di approvazione o di biasimo, in proporzione della sua tendenza ad accrescere o a diminuire la somma della felicità pubblica”, in AA.VV., *Enciclopedia filosofica*, Sansoni Editore, Firenze 1957, vol. I, p. 1482.

Costituzione della Repubblica. Il Codice deontologico assume valore di norma cogente tanto è vero che i magistrati lo citano nelle loro sentenze e la stessa numerazione del nuovo Codice non è stato possibile cambiarla proprio per non creare confusione nelle sentenze.

Il Codice deontologico è in armonia col dettato costituzionale così come illustrato nell'art. 32 della prima parte. Il diritto, la regola, precede e inquadra l'attività medica. È giusto che sia così perché la salute è un diritto personale e collettivo di rilevanza costituzionale.

Il tentativo della completa attuazione dell'art. 32 avvenne, dal punto di vista legislativo, con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn), legge 833/1978, che creava una rete policentrica, le Unità Sanitarie Locali (Usl), per superare le disparità di trattamento del previgente sistema mutualistico provvedendo in modo unitario alla tutela della salute. Il progetto era vasto e ambizioso, ma la mancanza di risorse e l'erogazione illimitata delle prestazioni si dimostrò economicamente insostenibile, anche perché non venne alla luce il previsto Piano Sanitario Nazionale.

Le inevitabili azioni correttive furono la compartecipazione alla spesa, il *ticket*, la limitazione dei servizi erogabili, il blocco delle assunzioni, la diminuzione dei posti letto, i tetti di spesa, eccetera. Il rimedio è il D. Lgs 502/1992 (integrato dal D. Lgs 517/1993) e il D. Lgs 266/1993 (riordino del Ministero della Sanità). Nasce l'aziendalizzazione della sanità, le Usl si trasformano in Asl (Aziende Sanitarie Locali) e si stabilisce la responsabilità finanziaria delle Regioni con esonero dello Stato per eventuali disavanzi; è questo il periodo in cui si apre alla sanità privata.

Il problema più grande è la possibile discordanza d'intenzioni ed effetti tra l'art. 32 e l'art. 81 della Costituzione come recentemente modificato<sup>4</sup>, vale a dire tra il riconoscimento della salute come diritto fondamentale dell'individuo<sup>5</sup> e la necessità dell'equilibrio del bilancio; la modifica, inoltre, anche dell'art. 97, ha introdotto l'obbligo, esteso a tutte le pubbliche amministrazioni, di assicurare l'equilibrio dei bilanci e la sostenibilità del debito pubblico, in coerenza con l'ordinamento dell'Unione Europea. Nei fatti ne discende una gestione contraddittoria alla quale il nuovo Codice di Deontologia Medica non sembra fornire una guida di comportamento. Come ottemperare la prescrizione di tutelare la "salute individuale e collettiva vigilando sulla dignità, sul

<sup>4</sup> La modifica, avvenuta a larghissima maggioranza, è stata introdotta con la legge costituzionale del 20 aprile 2012 n. 1.

<sup>5</sup> L'art. 32 è l'unico dove si parla di individuo e non di persona o di cittadino, proprio per indicare l'universalità di tale diritto a prescindere dalla qualità del soggetto.

decoro, sull'indipendenza e sulla qualità della professione"<sup>6</sup> e il bilancio economico?

Il problema è molto serio e articolato perché non si risolve con la semplice riallocazione delle risorse nel momento in cui il servizio sanitario è stato progressivamente definanziato. Nella relazione presentata dalla Corte dei Conti all'inaugurazione dell'anno giudiziario 2017 questo aspetto è riconosciuto ed emerge in modo chiaro:

I dati del 2015, pur segnalando tensioni sul fronte della spesa sanitaria, non mutano il rilievo del contributo del settore al risanamento: una flessione che tra il 2009 e il 2013 è stata di 1,6 punti all'anno in termini reali. Si è ampliato così il divario con gli altri Paesi in termini di risorse destinate alla spesa sanitaria: gli importi sono oggi inferiori della metà a quelli tedeschi e del 20% a quelli francesi. Non dissimile la numerosità del personale medico, mentre si amplia il distacco in termini di posti letto, sensibilmente inferiori in Italia. Positivo è il confronto in termini di utilizzo delle strutture e contenimento degli interventi inappropriati (ma con evidenti margini per un recupero ulteriore) e sono elevate le dotazioni tecnologiche.

La flessione della spesa pubblica nel settore ha comportato, tuttavia, un peggioramento in termini sia di aumento del contributo richiesto direttamente ai cittadini, sia di crescita dei casi di rinuncia alle cure per motivo di costo e di liste d'attesa.

Nei prossimi anni il settore dovrebbe riassorbire le rilevanti differenze a livello territoriale e assicurare il contributo al risanamento. Ciò richiede una valutazione dei margini di manovra che possono derivare dal superamento di inefficienze gestionali e organizzative, e un'attenta verifica della funzionalità degli strumenti finora utilizzati.

Il successo dei piani di rientro è evidente. Consistenti output gap<sup>7</sup> sanitari dimostrano, tuttavia, quanto sia urgente destinare ad un adeguamento dell'offerta le risorse ottenibili dal riassorbimento di inefficienza ed eccesso di costi ancora presenti.

Il recupero di efficienza nella spesa non riguarda solo le regioni in piano di rientro; di qui, l'importanza di efficaci meccanismi di controllo della spesa e di un più appropriato utilizzo delle strutture e delle risorse pubbliche per consentire una risposta adeguata alle esigenze di un sistema che si deve confrontare con nuove opportunità di cura ed esigenze crescenti di una popolazione tra le più longeve<sup>8</sup>.

Siamo partiti dall'esame del rapporto tra la professione medica e le leggi dello Stato, abbiamo valutato l'importanza del Codice deontologico e abbiamo concluso che può esistere una possibile contraddizione tra un comportamento medico deontologicamente corretto di

<sup>6</sup> Art. 1 del Codice di Deontologia Medica.

<sup>7</sup> L'*output gap* in economia indica la distanza tra il prodotto interno lordo effettivo e quello potenziale. Rappresenta la differenza tra l'economia reale, la crescita e le sue stime.

<sup>8</sup> Corte dei Conti. *Cerimonia di inaugurazione dell'anno giudiziario 2017. Relazione sull'attività*. Roma, 13 febbraio 2017, pp. 8-9.

tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera

(art. 3) e i tetti di spesa. Nel Codice deontologico non si parla espressamente di economia, si parla in senso generale di risorse. Si parla di risorse pubbliche nell'art. 6:

Il medico, in ogni ambito operativo, persegue l'uso ottimale delle risorse pubbliche e private salvaguardando l'efficacia, la sicurezza e l'umanizzazione dei servizi sanitari, contrastando ogni forma di discriminazione nell'accesso alle cure;

nell'art. 13:

La prescrizione deve fondarsi sulle evidenze scientifiche disponibili, sull'uso ottimale delle risorse e sul rispetto dei principi di efficacia clinica, di sicurezza e di appropriatezza;

e nell'art. 77:

Il medico militare, al fine di garantire la salvaguardia psico-fisica del paziente in rapporto alle risorse materiali e umane a disposizione, assicura il livello più elevato di umanizzazione delle cure praticando un triage rispettoso delle conoscenze scientifiche più aggiornate, agendo secondo il principio di massima efficacia per il maggior numero di individui.

In questi tre articoli si parla di risorse in senso generico interpretabili come finanziarie o di mezzi e competenze senza tenere conto che da molto tempo esiste un tetto di spesa che finisce col limitare il diritto alla salute delle fasce più deboli della popolazione, come riconosciuto anche a livello istituzionale. Si sta arrivando al paradosso che il modello industriale, basato sulla domanda e l'offerta, è accettato come il modello ideale e unico possibile per ogni aspetto dell'esistenza e dell'attività umana; anche la promozione e la tutela dei principi fondamentali della nostra Costituzione sono nei fatti subordinati a criteri economico-finanziari in un mondo globalizzato a tal punto che in Italia si è costretti a scegliere tra tutela della salute e del territorio e diritto al lavoro.

Esiste una relazione tra definanziamento della sanità e contenzioso medico?

Non è l'unica causa, ma sicuramente ha contribuito a creare un atteggiamento di sospetto e sfiducia nel paziente.

Le carenze del sistema, le lunghe liste di attesa, le mancate risposte ai pur legittimi bisogni di salute hanno provocato una frattura sia nel rapporto di fi-

ducia sia in quell'alleanza terapeutica che dovrebbe caratterizzare il rapporto tra medico e paziente. In questo modo i cittadini non riconoscono più nel medico – e in generale negli operatori sanitari – la persona e il professionista capace di dare una risposta alla propria domanda di salute. Al contrario, si è creata una sorta di ribaltamento in cui il medico è colui che si oppone, negando il servizio per il quale è chiamato<sup>9</sup>.

Ne consegue un rapporto conflittuale tra medico e paziente con ampio ricorso alla medicina difensiva, così come osservato dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in sanità istituita con deliberazione della Camera dei deputati il 5 novembre 2008:

Tale fenomeno è dovuto in parte al rilievo dato agli eventi dalla letteratura scientifica e dai mass media, ma deriva soprattutto dal manifestarsi, anche in Italia, di un nuovo indirizzo culturale e giurisprudenziale diretto ad incrementare esponenzialmente il risarcimento del danno biologico ed esistenziale.

Parallelamente, la classe medica nel suo complesso e i professionisti uti singoli hanno assunto progressivamente posizioni sempre più difensive: si sono costituite le associazioni AMAMI (Associazione per i Medici Accusati di Malpractice Ingiustamente) e ARITMIA (Associazione Ricerca Italiana Tutela Medici Ingiustamente Accusati), la cui mission è quella di contrastare le frivolous lawsuit, ossia le denunce infondate operate verso i medici. Ciò ha sviluppato la tendenza alla medicina difensiva, ossia la tendenza dei medici a modificare il loro comportamento professionale a causa del timore di procedimenti giudiziari per malpractice.

In tal modo emergono atteggiamenti che contribuiscono a incrementare inutilmente la spesa sanitaria<sup>10</sup> e ad influenzare in modo negativo il rapporto col paziente. Bisogna riconoscere, però, che a fronte dei numerosi processi cui sono sottoposti i medici, le condanne sono occasionali e riguardano soprattutto reati di tipo omissivo, non commissivo. Però le vicende giudiziarie segnano per sempre la vita umana

---

<sup>9</sup> Anelli F., Ferrara G. (a cura di), *I dubbi e le sfide del medico. Per un'etica della salute*, edizioni la meridiana, Molfetta 2016, p. 9.

<sup>10</sup> L'incidenza percentuale dei costi della medicina difensiva sulla spesa sanitaria è del 10,5%, generato da tutti i medici, pubblici e privati (farmaci 1,9%, visite 1,7%, esami di laboratorio 0,7%, esami strumentali 0,8%, ricoveri 4,6%). Sulla spesa privata sale al 14%, prendendo in esame soltanto i medici privati (farmaci 4%, visite 2,1%, esami di laboratorio 0,6%, esami strumentali 0,4%, ricoveri 0,1%). Sulla spesa totale si attesta all'11,8% comprendendo quella generata da tutti i medici pubblici e privati (farmaci 3,7%, visite 2,4%, esami di laboratorio 0,8%, esami strumentali 0,8%, ricoveri 3,2%). Tenendo conto dell'incidenza sulle risorse dello Stato, può dirsi che la medicina difensiva pesa sulla spesa sanitaria pubblica per 0,75 punti di Pil, ossia per oltre 10 miliardi di euro, importo pari a poco meno di quanto investito in ricerca e sviluppo nel nostro Paese, e quasi pari alla quota dello Stato per l'anno 2012 dell'Imposta Municipale Unificata (dati della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'errore in medicina).

e professionale di un medico anche perché esiste una differenza culturale tra medico e magistrato. Il magistrato opera nella “certezza del diritto”, il medico lavora sulle “probabilità”, vale a dire che pur operando secondo scienza e coscienza, pur applicando le buone pratiche mediche, pur seguendo tutte le possibili linee guida, non agisce nell’ambito di una scienza esatta. Quando un pubblico ministero giudica l’operato di un medico nomina un consulente tecnico e, in genere, formula un quesito nel quale, in sostanza, chiede al consulente se sarebbe stato possibile giungere alla diagnosi prescrivendo un ulteriore accertamento. La risposta nella maggioranza dei casi è positiva con conseguente rinvio a giudizio. La differenza di approccio sul concetto di causalità tra lo studioso di scienze naturali e il giurista è completamente differente; il primo è interessato a scoprire i rapporti di regolarità nello svolgimento di eventi, il secondo è interessato alla causalità come presupposto della possibilità di imputare eventi concreti alla condotta umana. Il magistrato lavora valutando l’operato del medico in termini di probabilità statistica e probabilità logica, però, qual è il punto di probabilità necessaria per giudicare una condotta omissiva?

Le sezioni unite della Cassazione, con la sentenza Franzese del 10 luglio 2002 esercitano un bilanciamento tra probabilità basata sulla frequenza statistica e probabilità logica; vale a dire che non è decisiva la percentuale probabilistica, ma che la legge statistica trovi applicazione nel singolo caso in presenza di un’alta probabilità logica che non esistano altre cause responsabili dell’evento avverso preso in esame<sup>11-12</sup>.

Vale a dire che il magistrato non valuta la frequenza statistica di un evento, ma la probabilità logica che un evento statisticamente non rilevante possa accadere in quel singolo caso preso in esame se non esistono altre cause logicamente responsabili dell’evento preso in esame. In questo modo anche un evento statisticamente irrilevante e raro può diventare “logicamente” probabile.

L’aspetto più critico del rapporto con la magistratura, in ogni caso, non è nel metodo o nel metro di giudizio che usa il magistrato nel giudicare l’opera di un medico, perché è una prerogativa istituzionale del magistrato esercitata con tutte le garanzie delle parti e regolata dalla legge, ma si verifica quando il magistrato si sostituisce al medico in-

<sup>11</sup> Fiori, La Monaca, Albertacci – Le Sezioni Unite Penali della Cassazione riaffermano l’esigenza di elevata probabilità logica del nesso causale nelle condotte mediche omissive: ma nel contempo confermano, pur dichiarando prescritto il reato, la responsabilità del medico in un caso di colpa e nesso causale poco probabili, in “Rivista italiana di medicina legale”, 2002, p. 1614 ss.

<sup>12</sup> Fiandaca G., *Il giudice di fronte alle controversie tecnico-scientifiche. Il diritto e il processo penale*, in “Diritto & questioni pubbliche”, 2005, n. 5, p. 7 ss.

terferendo sulle scelte terapeutiche. In questa ipotesi, purtroppo più frequente di quanto si pensi, naufragano tutti i discorsi sulla responsabilità legata all'alta professionalità del medico e al suo agire secondo scienza e coscienza. Il medico è ridotto, *ope legis*, al ruolo di mero esecutore tecnico, salvo continuare, però, a mantenere il suo carico di responsabilità.

Ci riferiamo al caso Stamina. In Italia, mentre la FNOMCeO elaborava il nuovo Codice deontologico, associazioni di malati, personaggi dello spettacolo, politici, giornalisti della stampa e della televisione, opinionisti vari valutavano l'efficacia del cosiddetto protocollo Stamina e di fatto prescrivevano piani terapeutici che molti magistrati imponevano ai medici a forza di ordinanze.

Una vera e propria sfida. La salute affidata non ai medici ma alla legge o addirittura oltre la legge.

Il caso Stamina, al netto delle eventuali conseguenze giudiziarie sulle quali non esprimiamo alcuna opinione, rappresenta il punto di non ritorno per tutti quelli che credono nella libertà e indipendenza della professione medica, ispirata ai principi e alle regole della deontologia professionale. Il caso Stamina rappresenta un momento di divisione e di contrasto tra la professione medica e le varie articolazioni dello Stato e della società civile. Una frattura che dobbiamo risanare, quella soprattutto tra professione medica e potere giudiziario.

La gestione da parte dello Stato e di una parte della magistratura del caso Stamina è stata paradossale perché fondata solo sulla pressione mediatica che si basava su presunti dati scientifici che hanno creato allarme nella comunità scientifica internazionale e gettato discredito sulle nostre istituzioni. Una situazione analoga, ma su diverso argomento, si è verificata con la condanna dei componenti la Commissione Grandi Rischi per non aver saputo

prevedere la morte o le lesioni dei cittadini della città di L'Aquila a seguito di un imprevedibile terremoto... del quale non erano in grado di determinare le caratteristiche (ora e luogo di verifica, magnitudo, ecc.)<sup>13</sup>

rigettata successivamente dalla Cassazione (sentenza 19-11-2015, n. 12478/16).

Che cosa hanno in comune i due casi?

Hanno in comune la "percezione" della realtà, la "percezione" della verità e l'amplificazione mediatica acritica permessa dai nuovi mezzi di comunicazione e d'informazione. Queste sono le premesse

che in entrambi i casi hanno creato le basi per un intervento della magistratura.

Si tratta di una condizione singolare, tipicamente italiana e storicamente consolidata, dove all'enfatizzazione della stampa e della televisione di metodi di cura alternativi di malattie croniche e a prognosi infausta, segue l'intervento (del tutto inesistente in altri Paesi) della magistratura del lavoro nell'imporre la somministrazione da parte del Ssn di "farmaci" di non provata efficacia.

Negli anni Sessanta il caso del "siero Bonifacio" per la cura del cancro è stato il precursore di un trattamento scientificamente infondato sostenuto dal clamore mediatico. Successivamente il caso Di Bella (1997-1998) ha provocato aspettative illusorie in persone malate e in condizione di gravissima fragilità. Già nel 1998 "The Lancet" pubblicò questo severo giudizio:

È un'anomalia che (in Italia) la magistratura abbia il potere di ignorare, sulla base di modesti pareri medici, le precise direttive (dell'autorità sanitaria) in materia di farmaci; o, peggio, che le decisioni dei giudici comportino il sostegno ufficiale ad una cura non ancora sperimentata.

Al fine di evitare il ripetersi di episodi simili il Ministro della Salute intervenne con un decreto dell'8 maggio 2003 (Uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica) al fine di evitare il ripetersi di tali vicende, disegnando un sistema di regole a tutela dei pazienti e delle loro famiglie, contro avventurieri e sedicenti guaritori. Nonostante queste regole la storia si è ripetuta tra il 2006 e il 2008 con la somministrazione della costosa molecola *Insulin-Like Growth Factor-1*, nella forma *IGF-/BP3* prodotta dalla Insmmed Inc. con sede in Richmond (Virginia, Usa) nei pazienti affetti da SLA. Anche in questo caso senza comprovata efficacia, e con sospetto di grave tossicità dimostrata nelle sperimentazioni, ma anche in questo caso con somministrazione ordinata dalla magistratura con un dispendio di 33 milioni di euro a beneficio della sola azienda produttrice.

Il caso Stamina rappresenta il vero punto di non ritorno per quanto riguarda l'attentato alla salute e la lesione della libertà e indipendenza della professione del medico.

Davide Vannoni, l'ideatore del metodo, dopo essersi sottoposto in Ucraina a un trattamento a base di cellule staminali per curare un'emiparesi facciale, decide di importare la metodica in Italia e nel 2006 fonda con altri la Re-gene srl. Inizia a trattare i pazienti. Incontra il pediatra dottor Marino Andolina e inizia a trattare anche alcuni pazienti pediatrici dell'ospedale Burlo Garofalo di Trieste. Nel 2009 iniziano le indagini, in seguito ad esposto, del Procuratore della Repubblica di

Torino Raffaele Guariniello. La somministrazione continua con alterne vicende di carattere giudiziario fino al 2010. I costi oscillano tra i 20.000 e i 50.000 euro. In questa fase inizia l'utilizzazione del blog "Cellule Staminali Adulte" per pubblicizzare i risultati. Nel dicembre 2010 l'ufficio brevetti statunitense (Uspto) respinge la richiesta per mancanza della descrizione di un metodo riproducibile. Nel maggio 2011 inizia un'indagine per truffa su 68 pazienti, ma nell'ottobre dello stesso anno, attraverso l'interessamento di un funzionario della regione Lombardia e di alcuni dirigenti degli Spedali Civili di Brescia, il metodo è offerto all'ospedale per trattare 12 pazienti. Dopo l'intervento dei Nas, il direttore dell'Aifa (Agenzia Italiana del Farmaco) vieta il trattamento e il ministro Renato Balduzzi dispone un'inchiesta amministrativa. A questo punto, siamo nel 2012, si apre la controffensiva giudiziaria dei magistrati a favore di Vannoni per imporre la continuazione dei trattamenti. Intervengono giudici di vari tribunali: Venezia, Catania, Matera. Nel 2013 il programma *Le Iene* sostiene il metodo, interviene Adriano Celentano con una lettera sul "Corriere della sera" che porta alla ribalta della pubblica opinione la questione del metodo Stamina. A questo punto addirittura il Consiglio dei Ministri si sente in dovere di approvare, sulla spinta del consenso popolare, un decreto legge (25 marzo 2013, n. 25 convertito con modificazioni dalla legge 23 marzo 2103, n. 57) che autorizza la prosecuzione dei trattamenti nelle strutture dove erano stati già avviati. Il 25 marzo Vannoni apre una pagina Facebook, pubblica gli indirizzi istituzionali e sferra un *mail bombing*. Contemporaneamente la Società Italiana di Genetica Umana prende posizione contro la decisione del Consiglio dei Ministri, "Nature" pubblica un articolo molto critico sul caso Stamina e il consorzio EuroStemCell esprime la propria preoccupazione. Il 9 aprile 2013 l'International Society for Stem Cell Research (Isscr) interviene con la dichiarazione: "Isscr Voices concern as italian government authorizes unproven stem cell therapy", in cui si afferma che la

recente decisione annunciata dal Ministro italiano della Salute, che autorizza la somministrazione di cellule descritte come staminali mesenchimali a pazienti con disturbi neurologici ha sollevato i timori della comunità scientifica internazionale.

Nonostante tutto, sempre a furore di popolo, il Senato il 10 aprile approva il decreto Balduzzi per la continuazione del trattamento nei casi già iniziati con la soddisfazione de *Le Iene* ma anche dell'attrice Gina Lollobrigida e di altri personaggi, mentre la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri esprime il proprio dissenso. La vicenda va avanti con interventi della rivista "Nature" e criti-

che del premio Nobel Yamanaka<sup>14</sup> mentre i medici dell'Università di Brescia si schierano contro il trattamento. Il 15 maggio la Camera dei Deputati riformula il decreto Balduzzi e avvia, non capiamo su quali fondamenti, una sperimentazione promossa dal Ministero della Salute (ministro Lorenzin). Vengono stanziati tre milioni di euro di soldi pubblici per gli anni 2013-2014 mentre continuano gli appelli per fermare questa iniziativa da parte della pubblicistica scientifica internazionale e mentre continuano le solite manifestazioni pro Stamina. Il 30 luglio 2013 la giunta della regione Abruzzo approva una risoluzione a favore di Stamina, mentre *Le Iene* perseverano con il loro lavoro e Vannoni tenta di coinvolgere, indirizzandogli una lettera, addirittura papa Francesco che, per fortuna, si limita a pregare incontrando i genitori di una piccola paziente; nel frattempo continuano le “prescrizioni” dei magistrati. Il 25 novembre il Movimento Pro Stamina blocca con la sollevazione in massa delle tifoserie calcistiche di Roma, Lazio, Salernitana e Cavese il centro storico di Roma. Anche il 2014 è caratterizzato da una serie d'interventi della magistratura che si esprimono positivamente sul caso Stamina. Con alterne vicende la sperimentazione di fatto non riesce a essere avviata e tutto si arena nel giugno 2014<sup>15</sup>.

Questo, che sembra il copione grottesco di una commedia all'italiana, è per sommi capi la vicenda.

Quello che ci interessa capire sono i meccanismi che hanno reso possibile il realizzarsi di questi eventi. Si tratta di tecniche molto collaudate nel mondo dei comunicatori professionali e la novità è stata la capacità di motivare e coinvolgere la cosiddetta opinione pubblica in modo da creare una pressione sul mondo della politica più sensibile al consenso del popolo che interessata ad approfondire e risolvere i problemi. Atteggiamento che possiamo comprendere, ma non approvare. Per quanto riguarda la presa di posizione di una parte della magistratura, per quanto continuiamo a sforzarci di capire, le motivazioni restano oscure.

Esaminiamo i personaggi, la “narrazione”, i metodi, i mezzi, le finalità e i risultati. All'inizio tutto ruota intorno a Davide Vanoni, laureato, guarda caso, in Scienze della comunicazione, che si sottopone a un trattamento con cellule staminali in Ucraina per trattare un'emiparesi facciale. Molto spesso alla base di una “cura miracolosa” c'è l'esperienza di guarigione personale che si vuole pubblicizzare e diffondere

<sup>14</sup> Shinya Yamanaka, giapponese, è premio Nobel per la medicina nel 2012, insieme al britannico John Gurdon, per il lavoro sulla riprogrammazione nucleare delle cellule mature.

<sup>15</sup> Doc. XVII n. 2 Documento approvato dalla XXII commissione permanente del Senato della Repubblica XVII legislatura a conclusione dell'indagine conoscitiva su origine e sviluppo del cosiddetto caso Stamina – Relatori Cattaneo e D'Ambrosio Lettieri.

per *aiutare* il prossimo. Questa è la tecnica che gli esperti in comunicazione persuasiva definiscono *storytelling* (narrazione); per essere persuasiva la narrazione deve raccontare di una guarigione prodigiosa. Chiaramente l'emiparesi facciale (guarita al 50%)<sup>16</sup> diventa una generica emiparesi, ma per il pubblico questo è sufficiente per creare l'interesse e validare la terapia. La narrazione si arricchisce di particolari riguardanti il fatto che la terapia, essendo realmente innovativa, va contro gli interessi delle multinazionali farmaceutiche, si crea così l'alone persecutorio che rende anche necessaria una certa prudenza che autorizza "lo scopritore" a una certa reticenza nella divulgazione di "dati scientifici" che potrebbero essere plagiati. A questo punto intervengono i mezzi: l'utilizzo di Internet che permette una diffusione capillare di qualsiasi notizia o evento anche non verificati e non verificabili. Non essendo, il Vannoni, medico è necessario l'ingresso di altri personaggi anche perché non può continuare a fare trattamenti non autorizzati nella Repubblica di San Marino (sembra un'operetta). È in questa fase, siamo nel 2008, che coinvolge il pediatra Marino Andolina che a suo volta arricchisce la narrazione assicurando di essere guarito da una malattia cronica imprecisata (c'è la *privacy*) auto iniettandosi cellule staminali. L'ingresso della terapia negli Spedali Civili di Brescia è il colpo di scena che perfeziona il racconto: l'ingresso in ospedale e il coinvolgimento di altri medici veste di scientificità il trattamento. La strategia comunicativa è semplice: se il trattamento è praticato dai medici in ospedale è valido scientificamente. Bisogna soffermarsi, ed è un particolare molto importante, sul fatto che quando la stampa inizia a occuparsi di Stamina l'atteggiamento è molto critico; il giornalismo d'inchiesta fa un lavoro deontologicamente corretto e sulla stampa si scrive apertamente di truffa<sup>17</sup>. Al contrario, il noto programma televisivo *Le Iene*, trasmissione di informazione e intrattenimento (*infotainment*, per quelli che proprio non riescono a fare a meno dell'inglese), dando voce solo alle associazioni di parenti e di malati senza esprimere alcun giudizio critico, finisce col contribuire ad alimentare la tifoseria (nel senso calcistico del termine) pro Stamina. Nel gioco comunicativo si inseriscono anche personaggi dello spettacolo e si tenta anche un coinvolgimento del papa. Si realizza un'asimmetria informativa, che vede da un lato i nuovi mezzi di comunicazione: Internet, blog, pagine Facebook, programmi d'intrattenimento; e dall'altra vecchi mezzi d'in-

---

<sup>16</sup> Vedi gli atti della commissione conoscitiva del Senato in nota 15.

<sup>17</sup> Vedi gli articoli su "Il Sole 24 Ore" del 26 agosto 2012, su "la Repubblica" del 5 novembre 2012, su "La Stampa" del 19 dicembre 2013, su "L'Espresso" del 19 novembre del 2013, ecc. I giornali, esprimendosi criticamente nei confronti di Vannoni, mettono in luce i presunti interessi economici della vicenda e le presunte truffe.

formazione: giornali, settimanali, riviste scientifiche e comunicati stampa. Da un lato la “narrazione”, associazioni di malati, personaggi dello spettacolo, tifoserie calcistiche, eccetera e dall’altro l’inchiesta giornalistica, gli studi e i comunicati scientifici, medici, società scientifiche, un premio Nobel. Il risultato è che prevale la narrazione sull’informazione e sul ragionamento tanto che molti magistrati si sentono legittimati ad imporre ai medici di praticare la terapia. La narrazione coinvolge politici e magistrati. I politici per problemi di consenso in genere si schierano con la tifoseria più forte. I magistrati, presumibilmente, si sentono investiti dalla missione di salvare vite umane anche in un ambito totalmente estraneo alla loro formazione applicando, ovviamente una legge (forse non applicabile, ma non siamo magistrati e sicuramente abbiamo torto), il decreto Turco-Fazio del 2006 sulle terapie compassionevoli (che però devono essere suffragate da pubblicazioni scientifiche e riguarda solo i farmaci ancora in corso di studio).

Presumibilmente alla fine di questa storia ci guadagna solo Stamina Foundation, il trattamento costa decine di migliaia di euro; ma su questo attendiamo il verdetto della magistratura (salvo prescrizione) e sospendiamo il giudizio. Perdono i pazienti e i medici.

Tutta questa vicenda è paradigmatica di un nuovo modo di affrontare la comunicazione che, divenuta fine a se stessa, priva di contenuti, diventa il mezzo col quale propagandare qualsiasi prodotto: un profumo, un viaggio, un partito politico, una terapia, eccetera, a prescindere dai contenuti. Si è realizzata una nuova asimmetria informativa, dove il mezzo moltiplica il messaggio e prevale sulla qualità del contenuto. I vecchi mezzi d’informazione (libri, quotidiani, riviste scientifiche, settimanali, comunicati stampa, notizie d’agenzia e lo stesso giornalismo televisivo) non riescono a controbilanciare l’informazione, qualsiasi informazione, tendenziosa, non verificata o francamente falsa (delle cosiddette bufale è pieno il web). La storia è sconcertante, ed ancor più sconcertante è stato l’intervento della magistratura che in Italia è storicamente adusa a sostituirsi al medico; quale posizione assumeremo nel prossimo caso? Forse ci converrà resistere e rispondere al magistrato con “l’obiezione civile”, ricordando le parole della dottoressa Maria Grazia De Biasi, presidente della Commissione igiene e sanità del Senato:

Abbiamo infine cercato di comprendere le ragioni e le angosce dei colleghi coinvolti, con vari ruoli nella vicenda... che, oggi, con coraggio si apprestano alla loro alta obiezione civile, consci dei rischi che questa scelta comporta<sup>18</sup>.

<sup>18</sup> Doc. XVII n. 2 Documento approvato dalla XXII commissione permanente del Senato della Repubblica XVII legislatura a conclusione dell’indagine conoscitiva su origine e sviluppo del cosiddetto caso Stamina – Relatori Cattaneo e D’Ambrosio Lettieri.

Scienza medica e diritto sono due mondi conciliabili?

Se pensiamo alla gestione del caso Stamina, la prima risposta è sicuramente no. In Italia, mentre la FNOMCeO elaborava il nuovo Codice deontologico, associazioni, personaggi dello spettacolo, politici, giornalisti della stampa e della televisione, opinionisti valutavano l'efficacia del cosiddetto protocollo Stamina e proponevano piani terapeutici mentre molti magistrati lo imponevano ai medici a forza di ordinanze.

Una vera e propria sfida! La salute affidata non ai medici ma alla legge o addirittura oltre la legge!

Il "caso Stamina", al netto delle eventuali conseguenze giudiziarie sulle quali non esprimiamo alcuna opinione, rappresenta il punto di non ritorno per tutti quelli che credono nella libertà ed indipendenza della professione medica, ispirata ai principi e alle regole della deontologia professionale. Il "caso Stamina" rappresenta un momento di divisione e di contrasto tra le varie articolazioni dello Stato e della società civile. Una frattura che dobbiamo risanare, soprattutto tra professione medica e potere giudiziario.

Questo libro prende in esame il rapporto medico-paziente così come disciplinato dalle norme, partendo dalla Costituzione sino al Codice deontologico del 2015. Luci e ombre, consonanze e dissonanze, propositi e carenze.

Euro 15,00 (I.i.)

ISBN 978-88-6153-605-0



9 788861 536050