

IL CASO

## Quando la Cassazione si accanisce sul paziente

ATTUALITÀ

13\_04\_2011



**Tommaso  
Scandroglio**



Il fatto. Giovedì 7 Aprile la Cassazione ha depositato una sentenza che ha fatto molto parlare. Si tratta della condanna a varie pene detentive – ormai prescritte – per tre medici dell'ospedale San Giovanni di Roma che avevano operato una donna quarantenne affetta da tumore con metastasi diffuse. La paziente, perfettamente informata sugli alti rischi di un'operazione, durante un primo intervento aveva subito

un'importante emorragia causata da una laparoscopia addominale e poi era spirata a seguito di un successivo intervento praticato al fine di riparare a tale danno. Il reato configurato è quello di omicidio colposo. Dove sta la colpa secondo i giudici di Roma? A causa delle "indiscusse e indiscutibili della paziente [...] non era possibile fondatamente attendersi dall'intervento (pur eseguito in presenza di consenso informato della paziente, madre di due bambine e pertanto disposta a tutto pur di ottenere un sia pur breve prolungamento della vita) un beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita". I medici dunque erano colpevoli di trattamenti che configurano "forme di inutile accanimento diagnostico-terapeutico". Questi i fatti che ci permettono di svolgere qualche riflessione, astraendo dal caso concreto per tentare di individuare alcuni principi ispiratori della buona prassi medica e della buona prassi giuridica.

**Cosa è l'accanimento terapeutico?** Per accanimento terapeutico si deve intendere un trattamento di documentata inefficacia perché sproporzionato agli obiettivi. Cioè si fa una proporzione tra costi sopportati e benefici sperati, soprattutto in termini di aspettativa di vita, dato che spesso tale categoria concettuale interessa situazioni cliniche in cui il malato è in uno stadio terminale di una patologia. I criteri per decidere se esista questa proporzione sono dei più vari: il tipo di terapia, il grado di difficoltà e rischio della stessa, le spese da sopportare (andare all'estero e sottoporsi ad un intervento che costa decine di migliaia di euro trascinando la famiglia nella povertà più nera per allungare la vita di qualche settimana potrebbe configurare accanimento terapeutico), le possibilità concrete di applicazione, le condizioni dell'ammalato che possono rendere eccessivamente gravoso per il paziente una certa cura, etc. Come si potrà intuire dato che la variabili in gioco sono quasi infinite tutti questi criteri ed altri ancora dovranno essere declinati nel caso particolare per comprendere, alla luce anche della letteratura scientifica, se il gioco vale la candela.

**A chi spetta decidere** se esista questa proporzione tra mezzi e risultati? Al medico sentito il paziente e, se quest'ultimo è incosciente, al medico ascoltati i familiari. Prendiamo spunto dal primo caso: un paziente in stadio terminale della malattia e cosciente che i suoi giorni stanno volgendo al termine acconsente a sottoporsi ad un intervento medico, anche assai gravoso, perché vuole allungare la propria vita di quel tanto che gli permetterebbe ad esempio di redigere testamento (non biologico), di mettere a posto i propri affari, di rappacificarsi con qualcuno, di prepararsi spiritualmente a morire, etc. Questo configurerebbe accanimento terapeutico? No, dato che secondo il paziente c'è proporzione tra mezzi adoperati seppur importanti sul versante clinico e risultati sperati, cioè allungamento della vita seppur di poco. Nel caso

oggetto della pronuncia della Cassazione è vero che la donna voleva più tempo per stare con i propri figli – desiderio rispettabilissimo – ma a quanto pare, viste le condizioni gravissime in cui versava la stessa, la speranza di allungare anche di poco la propria vita non era concretamente realizzabile. Non si chiede dunque al medico che ci fornisca la certezza del buon esito del trattamento – il medico non è legato al paziente da alcun vincolo contrattuale né di mezzi né tantomeno di risultati – però almeno una possibile speranza di riuscita.

**Schizofrenie giurisprudenziali.** Detto ciò comunque ci pare che la Cassazione operi con due pesi e due misure a volte, a corrente alternata potremmo dire. Da una parte, vedi caso Eluana e Welby, il consenso del malato – anche se per la donna di Lecco tale consenso era inesistente e si è dovuto ricostruirlo a posteriori in modo artefatto – è un limite invalicabile, un molok intoccabile e sacro, che il medico deve supinamente rispettare e mai valicare, anche nel caso in cui il rifiuto di trattamenti medici o addirittura di mezzi di sostentamento vitale, quali acqua e cibo, porterà alla morte del paziente. Dall'altra, ed è il nostro caso, si ignora il consenso del malato sostituendosi a lui nel determinare i suoi migliori interessi. A ciò si aggiunga che per Eluana si ricostruì un consenso inesistente e la si fece morire, qui di fronte ad un consenso esistente, perchè formale, lo si supera negando qualsiasi chances di sopravvivenza: sembra proprio che la Cassazione sia animata da una volontà a senso unico eutanasica. Infine annotiamo che nel caso Welby il rifiuto fu espresso dal paziente, qui il rifiuto, se fosse stato possibile, sarebbe stato posto dai giudici: dall'autodeterminazione all'eterodeterminazione dunque. Si toglie lo scettro della decisione al diretto interessato e ci si sostituisce a lui perché, così si fa intendere, egli non è in grado di comprendere quale è il suo miglior bene. Ecco in questo caso, dobbiamo amaramente ammetterlo, la posizione delle toghe romane è stata coerente con il caso Eluana, dato che anche in quel frangente i giudici agirono per il “best interest” della paziente. O forse per il best interest di una certa ideologia necrofila.