

## LA MEDICINA DEI DESIDERI: ASPETTI ETICI E MEDICO-LEGALI

**Tropea P.F.**

*Ospedale Civile, Reggio Calabria  
U.O. Ostetricia e Ginecologia*

Sempre più frequentemente il Medico in genere ed il Ginecologo in particolare è destinatario di una richiesta di praticare una prestazione sanitaria che, per finalità e tempi di attuazione, risponda più ad un desiderio del paziente che ad una precisa indicazione medica.

In questo senso l'intervento terapeutico rischia di perdere la sua connotazione tradizionale di atto finalizzato a risolvere un problema morboso, assumendo piuttosto i caratteri di una prestazione tendente al soddisfacimento di un desiderio che si prefigge il raggiungimento del benessere psico-fisico del paziente.

Dunque una Medicina dei desideri che sostituisce in qualche misura una Medicina dei bisogni. È evidente che l'atto medico così concepito non può prescindere dalla valutazione degli aspetti etici e giuridici che definiscano la legittimità dell'intervento del Medico sollecitato al compimento di una prestazione che non possiede una precisa motivazione medica se non sotto il profilo della relatività.

Sul piano etico, viene spontaneo chiedersi fino a che punto sia lecito per il Medico di rendere possibile che il desiderio del paziente si tramuti in un bisogno tale da richiedere una prestazione sanitaria non necessaria ma voluttuaria, se non in senso assoluto, almeno nelle modalità e sui tempi di esecuzione.

In premessa, va detto che il rapporto medico-paziente si caratterizza oggi per una maggiore partecipazione del malato nelle decisioni terapeutiche che lo riguardano. Tale ruolo decisionale del paziente, trovando un fondamento nel dettato della Costituzione che gli articoli 2, 13 e 32, valorizza ed esalta il valore della libertà personale e della dignità dell'uomo e la volontarietà del trattamento sanitario la cui imposizione è vietata se non per i malati psichiatrici. Tali principi sono peraltro ben chiariti nel codice deontologico medico nel quale viene ribadito il dovere del Medico di tutelare la salute del paziente nel rispetto della libertà e dignità di quest'ultimo.

È ben vero che, nell'esercizio della propria attività professionale, il Medico deve tenere ben presenti i dettami etici di comportamento informando l'atto medico al principio di autonomia (che riguarda sia il diritto del malato di decidere autonomamente della propria salute, sia il diritto del medico di agire liberamente secondo scienza e coscienza) ed al principio di beneficiabilità (secondo il quale dal trattamento medico deve derivare un beneficio per la salute del malato, in una proporzionalità che veda la prevalenza dei vantaggi rispetto ai rischi e agli inconvenienti connessi con la terapia programmata. Venendo a considerare in modo più specifico la

tematica qui trattata, va premesso che la richiesta di una prestazione sanitaria non derivante da una necessità assistenziale non eludibile può riguardare vari aspetti della disciplina ostetrico-ginecologica che vanno dall'approccio ad una tecnica di fecondazione assistita alla richiesta di un atto chirurgico che non abbia indicazione medica, i paradigmi essendo rappresentati dal taglio cesareo puramente elettivo in alternativa al parto vaginale e dalla sterilizzazione chirurgica effettuata a scopo contraccettivo.

In Ostetricia va facendosi strada da qualche anno la procedura del parto programmato (denominato parto per appuntamento) che muove dalla richiesta da parte della gestante di far coincidere la nascita del proprio bambino con una data che non contrasti con impegni di lavoro o ricreativi. Nel caso di intervento chirurgico è ormai corrente la prassi di una richiesta al chirurgo da parte della paziente di praticare una incisione estetica o addirittura di scegliere l'approccio laparoscopico in luogo di quello laparotomico e ciò senza tener conto delle maggiori difficoltà intraoperatorie che le suddette modalità di intervento possono comportare.

Le odierne possibilità offerte della tecnologia di precisare con accuratezza la morfologia del feto e quindi l'esistenza di stati malformativi hanno enormemente accresciuto la richiesta da parte della gestante di procedere ad una interruzione legale di gravidanza (il cosiddetto aborto terapeutico, più precisamente definibile come aborto eugenetico) anche nei casi in cui si tratti di malformazioni minori e comunque compatibili con la vita extrauterina del feto. La decisione della donna di non accettare la nascita di un bambino handicappato corrisponde ad un rifiuto di un ruolo sacrificale dei genitori rispetto alle necessità assistenziali di un figlio comunque bisognoso di cure particolari, il che discende da una visione endonistica della vita che vuole l'uomo partecipe della propria realtà senza rinunce di alcun genere.

Infine, la domanda di una prescrizione ormonale in assenza di indicazione medica può muovere dall'intento della donna di ritardare l'invec-

chiamento psico-fisico, migliorando il proprio aspetto estetico (in caso di menopausa), mentre non è infrequente che il trattamento ormonale richiesto dalla paziente abbia l'obiettivo di bloccare il flusso mestruale per motivi di opportunità o squisitamente edonistici.

Per quanto concerne la legittimità da parte del Medico di aderire ad una domanda di atto medico non necessario, vi è da dire che tutte le evenienze sopra richiamate presentano il comune denominatore della volontarietà della prestazione sanitaria non indispensabile sotto il profilo della indicazione terapeutica, ciò che impone al Medico di fornire alla richiedente una dettagliata informazione circa i rischi derivanti dalla prestazione medica che, nel caso di un atto chirurgico, debbono essere calcolati in termini di morbilità e mortalità operatorie. Tale elemento è particolarmente importante nel caso del taglio cesareo non medicalmente giustificato, in quanto è noto che il parto per via addominale presenta cifre di rischio materno ben più elevate rispetto al parto vaginale. Peraltro, esiste un orientamento giuridico, ancorché non univoco, che considera non illegittimo il ricorso al T.C. su richiesta della donna se l'atto chirurgico è finalizzato al ripristino della salute psichica della gestante, il cui equilibrio può essere alterato dal timore dei dolori del travaglio e degli eventuali rischi cui il feto è esposto nella lenta progressione attraverso il canale del parto.

Nel caso dell'impiego della terapia ormonale ginecologica, l'informazione alla paziente deve riguardare il rischio generico di malattia trombo-embolica che concerne tutte le donne che ricorrono agli estro-progestinici, mentre la terapia sostitutiva ormonale in menopausa presenta anche un potenziale rischio di carcinoma mammario statisticamente dimostrato dalle ricerche degli ultimi anni. Pertanto tali trattamenti farmacologici debbono essere personalizzati, tenendo presenti gli obiettivi che ci si prefigge nel singolo caso, nettamente prevalenti rispetto ai potenziali rischi legati alla terapia stessa.

Per quanto concerne la sterilizzazione chirurgica, l'obbligo di informazione del ginecologo

deve riguardare non soltanto la pratica irreversibilità dell'intervento (risultando assai problematica la ricanalizzazione tubarica dopo eventuale rimozione di strumenti tecnici atti ad interrompere temporaneamente la pervietà della tuba), ma anche la possibilità di un insuccesso della tecnica impiegata dimostrato dall'instaurarsi di una gravidanza indesiderata.

Anche nel caso in cui la sterilizzazione è stata ottenuta mediante intervento di vasectomia, sussiste colpa medica ove il fallimento dell'operazione conduca all'instaurarsi di una gravidanza.

In un caso giudiziario pervenuto all'esame del Tribunale di Milano, i giudici, con sentenza n. 11112 dell'ottobre 1997, hanno affermato la responsabilità del Medico (cui compete il dovere di risarcimento del danno) per aver "colposamente impedito l'esercizio del diritto di libertà dei coniugi di autodeterminarsi liberamente rispetto alla procreazione responsabile" (artt. 2 e 13 della Costituzione). Sempre in tema di sterilizzazione per fini contraccettivi (quindi edonistici) e non di tipo medico, è indispensabile sottolineare che, sul piano strettamente giuridico, il ginecologo non assume solo un obbligo di mezzi, ma anche di risultato, nel senso che, contrariamente a quanto avviene in tutte le prestazioni mediche, l'obbligazione del medico nei confronti del paziente non può considerarsi regolarmente adempiuta "se l'attività dell'obbligato, quantunque diligente, non sia valsa a raggiungere il risultato previsto" (Cass. Civ. Sez. III, n. 9617, settembre 1999). Infatti, nel su richiamato giudizio concernente il fallimento di un intervento di sterilizzazione, il ginecologo esecutore dell'intervento è stato condannato non soltanto per non aver adempiuto all'obbligo di informazione riguardante il possibile fallimento dell'operazione, ma anche per il mancato risultato cui il medico si era impegnato nell'effettuare un intervento finalizzato all'ottenimento del risultato stesso.

Se un errore diagnostico prenatale del ginecologo impedisce di fatto alla gestante di attuare il proprio desiderio di interrompere la gravidanza

nel caso di malformazioni fetali ancorché non gravi o chirurgicamente correggibili dopo la nascita, può nascere un contenzioso giudiziario che vede soccombente il ginecologo la cui colpa professionale ha impedito alla donna di autodeterminarsi esercitando la propria facoltà di abortire secondo le leggi vigenti, concretizzandosi, con la nascita di un figlio handicappato, un danno alla vita di relazione sia per i genitori, che per il bambino malformato (Trib. Bergamo, novembre 1995). Peraltro, ammettere l'esistenza di un danno indennizzabile al neonato handicappato può significare affermare il diritto del feto di non nascere se non regolarmente conformato, il che equivale ad ammettere un principio eticamente assai discutibile (Denis Mazeaud).

Il Tribunale di Milano (dicembre 1994), giudicando in un caso analogo, sottolinea che il riconoscimento del diritto del nascituro a non nascere se non sano e quindi il riconoscimento del danno al neonato che nasce handicappato, rischia di far considerare la vita come danno ingiusto a fronte del diritto del neonato di non nascere attraverso la libertà decisionale della madre di interrompere la gravidanza se informata dello stato malformativo del feto.

È evidente che in questa materia il mancato soddisfacimento della domanda della paziente di procedere ad un aborto di un feto non regolarmente conformato (ove la gestante non sia stata informata della patologia fetale in conseguenza di un errore medico) comporta una grande responsabilità dell'ecografista che assume una obbligazione non solo di mezzi ma anche di risultato, essendo in tal caso l'esame ecografico finalizzato alla definizione precisa della morfologia fetale.

Se la richiesta giudiziaria di risarcimento del danno da parte della gestante riguarda la mancata individuazione ecografica di una piccola malformazione fetale, il problema si pone, oltre che sul piano etico, anche su quello medico-legale, soprattutto per la difficoltà tecnica di individuare ecograficamente una non perfetta morfologia scheletrica che può sfuggire ad un esame diagnostico, anche se praticato con accu-

ratezza. Non è a tal proposito da dimenticare che il desiderio della paziente di procedere ad una interruzione legale di gravidanza, se consapevole di uno stato malformativo fetale, non si può tradurre automaticamente nella decisione della gestante di abortire, essendo l'aborto reso legittimo se sia dimostrato, attraverso una certificazione psichiatrica, che l'esistenza di "rilevanti" malformazioni del feto abbia determinato un danno alla salute fisica o psichica della madre.

In tale ottica è significativo l'orientamento della Giurisprudenza francese che, giudicando sul caso di un neonato affetto da malformazioni ad una mano (abbozzo del primo metacarpo con assenza delle dita) ha rigettato la richiesta della madre di risarcimento del danno per errore medico con la motivazione che "la patologia malformativa fetale di cui all'oggetto non assume carattere di processo morboso evolutivo e quindi non autorizza una interruzione terapeutica di gravidanza", affermando inoltre che "il legislatore non ha inteso dare valore legale all'aborto eugenetico".

Un'ultima evenienza clinica che rientra nella tematica trattata riguarda la chirurgia estetica nella quale in termini assoluti la domanda di una prestazione sanitaria si considera soddisfatta so-

lo attraverso l'ottenimento di un risultato ottimale e in assenza di sequele organiche o funzionali.

In un caso concernente un intervento di chirurgia plastica al seno cui era seguita una limitazione funzionale ad un braccio, il chirurgo è stato condannato al risarcimento del danno biologico e del danno estetico indipendente dal danno derivante dalla riduzione della capacità lavorativa del soggetto (Cass. Civ. Sez. III, n. 10762, settembre 1999).

\* \* \*

In conclusione, di fronte ad una richiesta prevedibilmente destinata a crescere nel tempo, di prestazioni sanitarie tese a soddisfare un desiderio della paziente e non conseguenti ad una reale necessità medica, il sanitario deve prospettare con chiarezza e completezza i maggiori rischi connessi con l'atto terapeutico rispetto ai vantaggi conseguibili, rifiutando di compiere la prestazione richiesta ove sia dimostrato che la paziente destinataria del trattamento verrebbe esposta ad un rischio ingiustificato, il che si tradurrebbe nel compimento di un atto medico non corretto né sul piano scientifico né sotto il profilo etico.