

La vita che sta dietro le parole. Alla ricerca di un lessico comune: diritto e scienza nelle scelte di fine vita

di Francesco Giunta e Ilaria Billeri

Abstract: In search of a common language: law and science in end-of-life choices. The life behind words – Medical “doing” produces values and problems that go beyond the specific professional and enter society as subjects for reflection and debate. The comparison with other knowledge and the value that the same word can take in different cultural contexts represents a good opportunity for reflection. We offer some food for thought on some of these words or phrases of medical language: EBM and defensive medicine, patient communication and will, final stages of life and desistance of treatment, DNR, suicide.

Keywords: Guidelines and purpose of the treatments; Defensive medicine; Will of the patient; Desistance of treatment; Suicide

Premessa

3335

Il “fare” medico produce valori e problemi che esulano dallo specifico professionale ed entrano nella società come argomenti di riflessione e dibattito. Il confronto con altri saperi e la valenza che la stessa parola può prendere in differenti contesti culturali rappresenta una buona occasione di riflessione. A tal proposito, si propone qualche spunto di riflessione su alcune di queste parole o frasi del linguaggio medico: EBM e medicina difensiva, comunicazione e volontà del paziente, fasi finali della vita e desistenza delle cure, DNR, suicidio.

1. Protocolli, medicina difensiva e finalità

Un Sistema Sanitario di buon livello, come quello italiano, si basa sulle procedure standardizzate che sono prodotte dalle tecniche di Evidence Based Medicine (EBM)(1).

Questa modalità procedurale trae origine dalla osservanza di protocolli di cura identificati a seguito di un lungo lavoro di verifica clinica, confronto dei risultati e analisi statistica delle modalità di cura applicate a pazienti raggruppati sotto la stessa diagnosi.

Siamo ormai abituati a leggere e a dare credito alle evidenze secondo graduazioni specifiche, assegnate sulla base della qualità del lavoro clinico e della potenza dei risultati ottenuti. Le società scientifiche emettono Linee Guida o Raccomandazioni che indirizzano il clinico verso un percorso già tracciato e del

quale è nota la performance clinica. Per il divenire costante della medicina si assiste al frequente rimaneggiamento dei percorsi clinici ed ogni revisione costituisce un miglioramento del *gold standard* di trattamento. Queste modalità di indirizzo clinico sono in continua evoluzione e al momento costituiscono modalità di cura imprescindibile per il clinico che ha la necessità etica e professionale di confrontarsi con esse, ed anche la libertà di dissociarsi, qualora la particolare situazione clinica lo richieda.

Va comunque sottolineato che nel fare medicina verifichiamo facilmente quanto la clinica sia molto più ricca e variegata della nomenclatura delle diagnosi cliniche: quasi mai assistiamo a quadri clinici del tutto sovrapponibili. Infatti, spesso le nostre osservazioni sono complicate dalla compresenza di più stati morbosi acuti e cronici interferenti e risulta molto complesso valutare i sintomi ed i segni specifici, di qui può essere aleatorio scegliere gli elementi utili all'inquadramento diagnostico.

Anche da una descrizione così vaga e teorica traspare come la medicina basata sull'evidenza non possa essere investita a priori di un ruolo centrale di riferimento per il trattamento clinico di uno stato morboso complesso (2).

Per esperienza si può affermare che frequentemente lo spazio di azione dei periti nella discussione di presunti casi di malpractice si trova esattamente nelle pieghe del processo di diagnosi.

L'EBM produce un percorso di trattamento riconducibile ad una particolare malattia; per quella malattia-tipo non si eccipisce sul suo valore di gold standard per il trattamento. Ma sulla decisione diagnostica nell'inserire il caso clinico nello schema terapeutico dettato dall'EBM possono verificarsi inesattezze tali da vanificare il risultato per il malato. Potrebbe risultare una perfetta attinenza al protocollo, ma applicato ad uno stato morboso sbagliato.

La legge 24/2017 all'art. 5 recita: *“Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida”*. Quel “salve le specificità del caso concreto” costituisce quanto l'inquirente ed il suo perito debbono analizzare. Per il clinico è molto complesso sostenere questo onere della prova mentre la situazione clinica evolve e ancora non ha in mano tutti gli elementi utili per un giudizio complessivo. Ne deriva un appiattimento alle linee guida della diagnosi più plausibile. La legge succitata doveva combattere la medicina difensiva ma ha in qualche modo facilitato una demotivazione generale del professionista, che si trova a svolgere un ruolo tecnico, spesso costretto entro spazi e tempi non dilatabili e talora capaci di spersonalizzare l'atto medico.

Il dettame di attenersi ai protocolli, all'interno di una diagnosi ha ridotto la discrezionalità del clinico, soprattutto per quanto la sua osservazione clinica gli suggerisce circa la compresenza di altri stati morbosi. A seguito della legge suddetta, non mi è dato di assistere ad una riduzione dell'atteggiamento difensivistico del medico: è più semplice passivamente prescrivere che relazionare

sullo specifico motivo per cui non si è perseguito questo o quel dettame della linea guida o delle raccomandazioni !

Oggi l'Inquirente non prescinde dalla valutazione dell'attinenza alle Linee Guida, ma resta il fatto che le procedure EBM possono spostare il punto di impatto dell'errore o della malpractice a monte: sulla diagnosi, come già detto. Quest'ultima è sempre più basata sulla chimica laboratoristica e sull'imaging. Questi essenziali supporti alla sensibilità diagnostica del clinico hanno preso gran parte del peso e della decisionalità. Nel recente passato ci eravamo trovati di fronte all'incertezza che l'esame di laboratorio fosse veritiero e la soluzione è stata individuata nella verifica degli standard del laboratorio e nella loro certificazione.

L'imaging trova soluzioni automatiche frutto dell'introduzione di processi diagnostici governati da sistemi automatici di auto-apprendimento dei sistemi di Intelligenza Artificiale (AI) ed è difficile pensare quali misure potranno essere prese per certificare l'esattezza diagnostica, se l'impostazione fosse carente o fuorviante.

Un altro aspetto dei protocolli d'uso clinico merita una breve considerazione: la loro finalità. Il riferimento va al protocollo di Basic Life Support Defibrillation (BLS).

In caso di applicazione di manovre rianimatorie, dettate da condizione clinica di arresto cardiocircolatorio, il protocollo prevede l'esecuzione sequenziale di una serie di manovre atte al controllo delle vie aeree e al ripristino della circolazione di sangue ossigenato. Una volta ottenuti questi risultati si deve assistere alla ripresa autonoma delle funzioni vitali. In assenza di un recupero di queste, dopo aver prolungato per un certo tempo i sostegni vitali, questi vengono sospesi e si dichiara il decesso del paziente. Il tempo di rianimazione, in assenza di recupero, è stato oggetto di rimaneggiamenti praticamente ad ogni riedizione del protocollo, anticipando sempre la sospensione del trattamento rianimativo. La riduzione dei tempi è finalizzata ad abbreviare la sopravvivenza di pazienti affetti da danni ipossici cerebrali permanenti gravi. Infatti, al perdurare delle manovre rianimative, la medicina basata sull'evidenza ha dimostrato un grande incremento di esiti in stati di coscienza minimi.

Si configura un quadro particolare: il sanitario sospende le cure e dichiara il decesso del soggetto, perseguendo una finalità che non è riferita al miglior trattamento per il suo paziente. Lo sta facendo in virtù di un protocollo specifico. Questo protocollo, prodotto da un ente privato, protetto da copyright è seguito e diffuso sia tra il personale sanitario che tra la popolazione attraverso corsi nelle scuole e nei luoghi di lavoro. Ad esso tutti ci uniformano. Qual è il *focus* sul quale porre l'attenzione? Il sanitario sospende le cure non sui segni clinici del suo paziente, ma su dettami generali, non necessariamente rispondenti ai principi di prudenza e perizia applicabili per le specifiche condizioni del suo paziente, anzi da questo punto di vista, essendo di fatto ignaro dello stato neurologico attuale del suo paziente, agisce negligenzemente.

A queste osservazioni dubitative va comunque contrapposto l'esito globale del fenomeno dato dalla grande riduzione degli stati di minima coscienza e gli Stati Vegetativi Persistenti (SVP). Questi sono stati la regola quando il massaggio cardiaco e la respirazione assistita consentivano il recupero delle funzioni cardio-respiratorie a danno cerebrale maggiore ormai instaurato. Risulta evidente che l'indicazione del tempo di assistenza attiva trova la sua finalità nel non gravare la società di un alto numero di SVP, indipendentemente dalle reali chances del soggetto in trattamento.

2. Informazione e quale consenso

Ogni trattamento rianimativo prolungato restituisce un uomo a capacità lavorative e relazionali comunque inferiori al precedente suo stato di salute. Nel passato, complice un senso diffuso di necessità ed indifferibilità della cura, il paziente si è trovato restituito al proprio ambiente con un grado di disabilità generalmente accettato in virtù della gravosità del processo di cura subito.

I tempi si sono evoluti, i trattamenti sono stati generalmente codificati ed ora è possibile nella gran parte dei casi prevedere con buona approssimazione le condizioni cliniche successive ai trattamenti.

Molto è stato fatto su questo campo con la doverosa introduzione della pratica del consenso informato. Questo strumento, sicuramente tuttora imperfetto, ha messo il curante di fronte ad una responsabilità informativa ampia, che deve coprire anche le fasi successive alle terapie previste.

Ne deriva che il momento comunicativo, il consenso preventivo alle cure proposte e la volontà del paziente hanno ora un peso essenziale nel processo di cura.

Al riguardo sia la *comunicazione* che la *volontà del paziente* sono argomenti di riflessione.

Poniamo di esporre in maniera esaustiva e comprensibile la personale visione delle prospettive del paziente alla quale aggiungere oggettività applicando scale valutative della gravità e del rischio. Ci sarà comunque da chiedersi quanto il paziente abbia recepito e quanto io sia riuscito ad essere neutro, senza influenzarlo né con le mie parole, né con il mio linguaggio non verbale. Questa parte del mio rapporto professionale con l'uomo mio pari, che ho davanti e che ho il compito di curare, dovrebbe trovare una strutturazione sanitaria più adeguata all'importanza che riveste.

Dobbiamo ammettere che la comunicazione è stata intesa all'inizio quasi come una sinecura accessoria e tuttora non sono previsti spazi temporali adeguati ad essa nelle tempistiche assegnate al medico.

Ma quello che mi sembra debba essere valutato più profondamente è il momento in cui la volontà del paziente viene espressa. Quale volontà è realmente "libera e consapevole"?

Utilizzo questi due aggettivi in quanto sono quelli usati dalla Corte Costituzionale nella sentenza 242/2019 nel descrivere quali sono le condizioni in

cui si deve trovare “*la persona capace di prendere decisioni libere e consapevoli*” perché si verifichino le condizioni utili per poter accedere all’area circoscritta di non conformità costituzionale del divieto dell’aiuto al suicidio.

Decisione libera e consapevole? Una persona malata per il solo suo stato di malattia non ha reale libertà di decisione sul suo corpo e sul suo futuro. La malattia come può essere influente sulle capacità decisionali? Non mi addentro sul complesso alternarsi di stati d’animo reattivi alla malattia, sempre ondivaghi ed alternati tra speranza e disperazione. Chi mai potrà secondo scienza e coscienza definire se stesso libero di giudizio se portatore di una patologia non curabile che produce sofferenza e la cui storia naturale prevede un aggravamento costante e inevitabile? Le persone a lui intorno saranno realmente capaci di non limitare o influenzare la sua capacità ed autonomia di giudizio?

L’ambiente che lo circonda e le dinamiche sociali intorno a lui resteranno estranee alle sue valutazioni? Io che informo e descrivo al paziente cosa lo aspetta sarò realmente capace di restare neutro in modo tale da non influenzare la sua volontà?

Mi permetto di dubitare che una persona seriamente malata sia davvero capace di esprimere una volontà libera e consapevole. La riprova di questi miei dubbi è data dai molti ripensamenti che inevitabilmente il paziente presenta e dalle modifiche di strategia di cura che accompagnano quasi sempre un malato oncologico nel suo iter di dolore, solitudine e disperazione. Non ho usato a caso queste parole per individuare lo scenario del malato oncologico non ancora terminale. A noi medici è dato di agire sul dolore, ma la società e la famiglia sono i veri fattori decisionali, nel bene e nel male, per questi pazienti.

Altro fattore clinico condizionante è dato dalle alterazioni psicologiche che inevitabilmente accompagnano la malattia organica: il loro trattamento -per definizione- modifica l’autonoma capacità di giudizio, così come il non trattamento. In ambito medico non credo ci siano altro che decisioni condizionate, comunque.

Ancora qualche parola: paradossalmente i successi dell’oncologia, con il prolungamento di una condizione di sospensione dell’aggressività della malattia, aumentano la sopravvivenza, ma, dopo una prima fase di transitorio miglioramento delle condizioni generali, producono effetti negativi sulla spettanza del paziente, prostrandolo. Questa situazione modifica lo stato psicologico del paziente e ciò renderà ancora più arduo verificare la sua reale capacità di prendere decisioni libere e consapevoli. In questo scenario le scelte “concordate” possono realmente considerarsi libere?

Di fronte ad una realtà così complessa e sostanzialmente complicata è opportuno che le DAT siano un indirizzo comportamentale per i sanitari, oggetto di negoziazione col paziente ed i suoi familiari, e non di più!

3. I limiti delle parole

La vita che sta dietro le parole è facilmente evidenziabile nell'ambito del fine vita. Sembra di qualche interesse proporre alcune riflessioni sulle parole espresse nella sentenza 242 della Corte Costituzionale, proprio per l'ambito di questo nostro esplorare le possibilità di un lessico comune e come analizzare le parole che questa vita condizionano.

Si parla di ambito circoscritto, delimitando questo con i termini:

a: "patologia irreversibile",

b: "fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili",

c: "tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale",

d: "capace di prendere decisioni libere e consapevoli".

a: all'interno dell'insieme patologia irreversibile si possono annoverare: diabete, depressione, neoplasia, psoriasi, diatesi allergica, artrite reumatoide e molte altre entità morbose di varia gravità. In realtà ogni patologia cronica, che per sua natura non presenti possibilità di guarigione, indipendentemente dalla gravità, può rientrare in questa definizione.

b: nell'ambito delle sofferenze fisiche o psicologiche si può annoverare un ampio spettro di stati di dolore cronico, quadri gravi di emicrania a grappolo e quasi tutto l'ampio ventaglio delle patologie psichiatriche maggiori. Banalizzando, ma non troppo, un depresso grave non è forse affetto - o si sente affetto- da sofferenze psicologiche intollerabili?

c: quante sono le persone che sono tenute in vita con trattamenti di sostegno vitale? Quante fanno uso cronico necessario di anticoagulanti, di insulina o antidiabetici orali, cortisonici, terapie immuno-soppressive, oltre a tutti quei pazienti che necessitano di ossigenoterapia, fino ai soggetti che necessitano di supporto ventilatorio periodico o continuativo?

d: argomento già affrontato poco sopra.

Queste patologie rientrano tutte nello spirito della sentenza? Le mie enumerazioni non sono contestualizzate ed incrociate in tutti i differenti item della sentenza, ma mi permetto di esprimere qualche dubbio sulla reale ristrettezza dei limiti segnati. In altri paesi europei, al suicidio assistito si stanno avvicinando pazienti con grave stato depressivo: ci arriveremo presto anche noi (la strada sembra già essere spianata), così come dimostra anche la recente sentenza della Corte d'Assise di Massa.

Teniamo di conto che diabete, depressione, neoplasia, psoriasi e sindromi anafilattiche quali la Multiple Chemical Sensitivity Syndrome hanno una loro possibile soluzione finale!

Premettetemi di far parte della schiera di chi ritiene che queste maglie invece che strette siano molto discrezionali e larghe. Ma va bene. D'altronde in ambiente protetto (ospedale) si procede usualmente e coscientemente alla desistenza terapeutica, ed è giusto così.

4. Desistenza terapeutica e fasi finali della vita

La desistenza terapeutica è un comportamento clinico specifico basato sulla verifica quotidiana della reale utilità di ogni singolo farmaco e di ogni supporto e sulla loro gravosità, tenuto conto della reale condizione del paziente e della possibilità che quel trattamento possa sortire qualche beneficio per il paziente. Ne deriva che nelle fasi ultime gli schemi terapeutici si assottigliano e le cure si indirizzano sul sollievo dal dolore, sul supporto psicologico, sulla fisioterapia. Il viraggio da trattamenti volti alla cura a trattamenti il cui scopo è limitato al sollievo del dolore e della sofferenza è un processo abbastanza complesso che coinvolge l'équipe curante, medici ed infermieri, la famiglia ed il paziente stesso. La decisione corale di passare da schemi terapeutici a schemi palliativi diventa un passaggio condiviso e rispettoso del volere del paziente e della famiglia. La società in questo caso trova nella équipe curante e nella coralità delle decisioni sufficienti elementi di garanzia.

Analogamente, quando il paziente esegue cure domiciliari, il viraggio da trattamenti curativi come la chemioterapia e la radioterapia alla palliazione è basato sulla condivisione delle decisioni.

Si può affermare che la desistenza terapeutica sia una prassi clinica basata sulla unanime accettazione di uno stato di gravità che non lascia possibilità ulteriori di sopravvivenza.

Il controllo sociale di questo passaggio terapeutico è complesso, pubblico e condiviso e generalmente non rappresenta oggetto di contenzioso medico-legale, sebbene un qualche distacco dai principi di prudenza o perizia o negligenza potrebbe apparire critico.

Analogamente quando la desistenza è decisa e pretesa dal paziente che rifiuta di proseguire con i trattamenti medici. Anche in questo caso l'ambiente ospedaliero (o il gruppo di cura domiciliare) garantisce scelte e decisioni perseguite in un ambito multidisciplinare "pubblico", ove l'intero processo decisionale è tracciato e depositato nel documento clinico.

Quale sia il significato della parola *dignità del morire* non è cosa di facile definizione (3), la risposta è fondamentalmente personale. Personalmente (F.G.) non vorrei morire in ospedale, credo che l'atto conclusivo di questa vita meriti spazi noti, intorno volti di persone care, qualche tempo di assenza di dolore e la consapevolezza serena di quanto si sta verificando. Credo che questo tipo di morte, che era più facilmente raggiungibile qualche decennio fa, sia qualcosa che si avvicina al mio concetto di dignità del morire. Ma proprio la possibilità che questo tipo di conclusione semplice e non troppo medicalizzata sia remota mi fa concludere che gli atti medici debbano trovare adeguate modalità di sospensione.

La strada è perfettamente tracciata dalla semplice indicazione *Do Not Resuscitate* (DNR), ma questa semplice dizione non trova ad oggi adeguata e diffusa applicazione in ambito ospedaliero. E per quanto mi è dato di osservare nelle aule di tribunale, non verifico ne sia apprezzato il significato umano e di dignità che vi sottostà.

La manipolazione delle fasi ultime della vita e del concetto stesso di morte rappresenta solo uno dei temi ove scienza e diritto necessariamente devono trovare luogo comune di dialogo ed “indirizzo” sociale.

Le molteplici potenzialità della biologia per influire nel processo della morte della cellula e dell’organismo sono ampiamente dimostrate dalle tematiche che si sono aperte sulla definizione di morte, sulla possibilità di ibernazione, sullo stato di vita vegetativa persistente e sulle forme di suicidio.

Merita un accenno la recente storia della diagnosi di morte e di morte cerebrale. La scienza dei trapianti non avrebbe potuto avere lo sviluppo cui ora assistiamo se non si fosse trovato un accordo su una diagnosi certa di morte antecedente la perdita di funzione dei principali organi da trapiantare. Lo spazio intercettato è rappresentato dalla cosiddetta “morte cerebrale”. Ovvero, una condizione certamente irreversibile di danno cerebrale totale cui non può seguire che la graduale perdita delle funzioni dei vari apparati ed organi ed il successivo disfacimento dell’intero organismo. Questa diagnosi restringe di fatto il ventaglio dei possibili donatori fondamentalmente ai soggetti affetti da patologie traumatiche cerebrali, nella morte cardiaca recentissima ed in pochi altri scenari patologici.

Di fatto si è individuato nella perdita di ogni attività cerebrale la fine della vita, pur essendovi ancora altre funzioni efficaci ed organi in buono stato funzionale. Tutto ciò sembra ovvio, ma cinquanta anni fa la possibilità di spostare il momento della morte alla perdita di ogni funzione cerebrale ha costituito una svolta bioetica fondamentale.

E la Persona ha “sacrificato” una parte della sua integrità a favore di un utilizzo di alcune parti per altre Persone malate.

La medicina è molto progredita per questa via e il numero di beneficiati da questa strategia di cura è ormai imponente ed i benefici sono verificati sia nella durata della vita che nella qualità della stessa, in modo indiscutibile.

Con l’introduzione degli studi di genetica si comincia ad assistere a situazioni inattese, quali la possibilità che il DNA del donatore compaia in qualche sequenza nel ricevente, tanto da dover considerare la possibilità della presenza di soggetti “chimera”, come il caso recentemente comparso in letteratura di Chris Long. Non è dato, al momento, di prevedere quale incidenza possa avere questo fenomeno e neppure la portata delle conseguenze biologiche.

Inoltre vi sono ipotesi non verificate sufficientemente quali la “crioconservazione” che secondo me rappresenta un buon paradigma delle difficoltà del dire, del fare, del decidere e del valutare in campo biologico. Pochi mesi fa un giudice inglese è stato investito della richiesta di una ragazza minorenni affetta da una neoplasia giudicata incurabile che ha chiesto la possibilità di essere sottoposta a crioconservazione, in attesa dello sviluppo di terapie capaci di curare la sua patologia. Richiesta quasi improponibile sul piano scientifico, ma comprensibile sul piano umano ed il giudice, pur nella scarsità o assenza delle evidenze cliniche dell’efficacia della crioconservazione, ha emesso un giudizio possibilista: una qualche forma di “in dubio pro...”.

Partendo dal concetto di desistenza terapeutica, doverosa e responsiva della volontà del paziente e dalla considerazione che la volontà di sospensione dei trattamenti è tutelata, facendo parte della capacità decisionale del paziente informato sul trattamento sanitario proposto dal medico (ordinanza n. 207 del 2018): principio qualificabile come vero e proprio diritto della persona, che trova fondamento nei principi espressi negli artt. 2, 13 e 32 Cost. (sentenze n. 253 del 2009 e n. 438 del 2008), resta aperto e non normato il diritto al *suicidio*.

Anche per esso la libertà personale potrebbe essere evocata.

Il “mal di vivere” è anche un fatto culturale e vi sono società che danno al suicidio un valore etico positivo.

Su questo aspetto le grandi religioni monoteistiche esprimono generalmente indirizzi contrari al suicidio.

Oggi è il sociale che si interroga sulle ragioni e sembra che talora tenda a misure cautelative e ricerchi gli strumenti per evitare che fattori esterni e sociali possano produrre, se non facilitare, gli intendimenti suicidari. Gli effetti di tutto ciò non appaiono, ai più, ancora riscontrabili.

Ma la “scienza” ora sembra opporsi a questa interpretazione e propone di catalogare il suicidio come “disturbo da comportamento suicida” (SBD). Include quindi il suicidio tra le condizioni contemplate nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5)(4). Ne conseguirà a breve la proposta di schemi terapeutici specifici...

Successivo alla considerazione reativa che il mercato ha scovato un altro business ne segue un'altra circa la reale consistenza del valore di una inclusione automatica del suicidio tra le malattie mentali. Questo argomento, visto da questa angolatura, aprirà scenari tutti da scoprire.

Da questi brevi presupposti resta in me critico l'aspetto umano, non so dire se necessariamente patologico, dato dallo stato di sofferenza che produce o si accompagna con l'idea suicidaria.

Ad oggi, comunque, nulla toglie che una buona e distribuita cultura dell'aiuto psicologico e clinico a chi sviluppasse intendimenti suicidari sia e debba essere un presidio sociale ineludibile.

Oggi la tecnica può offrire più di quanto l'uomo possa accettare in termini di dolore, di consapevolezza, di dignità e di libertà di scelta; la finitezza delle risorse che la società può attribuire alle cure dovrà trovare voce sia nelle richieste del singolo e del clinico che nelle valutazioni di diritto.

Piacerebbe pensare che le soluzioni percorrano una complessa strada di cura ed attenzione al significato complesso dell'operato medico, da un fronte, e che il mondo della biologia sappia prestare attenzione al *modus operandi* e alle necessità di quegli “elementi chiari e precisi” di valutazione che il diritto prevede per ragionare delle cose della biologia.

5. Conclusioni

La scienza sembra che da tempo stia correndo troppo velocemente. All'uomo

sono offerte possibilità ed opportunità che in altri tempi erano assegnate al fato o al dio. Sembra di poter affermare che queste opportunità oltrepassino le reali e fattive necessità, tanto da poter condizionare la vita dell'uomo e della società. Come per la fisica e per altre scienze, così anche per la medicina l'etica dovrà pronunciarsi su liceità e limiti del progresso. Le possibilità di manipolare la vita in tutte le sue fasi sono estremamente vaste e tali da non poter prevederne esiti e risvolti: siamo ancora una volta a dover considerare quale libertà possa esser lasciata alla sperimentazione. Questo antico argomento filosofico resta aperto, in modo ancora più urgente e pressante oggi più di ieri. Certo non sfugge che dobbiamo recintare entro ambiti degni dell'uomo, così come la nostra cultura lo intende, le ambizioni della scienza.

Sembra di poter concludere che mai come in questi tempi urge che i saperi si intreccino, si confrontino per il bene dell'uomo, per il suo futuro e per la sua tutela. La medicina è "scienza" votata alla valutazione del singolo soggetto e ha limitate capacità sociali insite nei suoi contenuti. Non da essa ci si può aspettare l'autolimitazione e la censura del nuovo "pericoloso". Ad altri spetteranno questi compiti. Il filosofo ed il giurista sono chiamati a consulto!

Bibliografia essenziale

1. DL. Sackett, WM. Rosenberg, JA. Gray, RB. Haynes, WS. Richardson, *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*, BMJ, vol. 312, 7023, Jan 1996, pp. 71-2.
2. S. Timmermans, A. Mauch, *The promises and pitfalls of evidence-based medicine*, in *Health Aff*, Millwood, vol. 24, 1, 2005, pp. 18-28.
3. H. Kung, W. Jens, *Della dignità del morire. Una difesa della libera scelta*, BUR Biblioteca Univ. Rizzoli, 2010.
4. American Psychiatric Association, *Criteri diagnostici Mini DSM-5*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2014.

Francesco Giunta
Scuola di Medicina
Università di Pisa
francesco.giunta@unipi.it

Ilaria Billeri
Dip.to di Civiltà e forme del sapere
Università di Pisa
ilariabilleri72@gmail.com