

AZIENDE & TERRITORIO



ANGOLO DI PENNA

Per l'aforisma «primum non nocere» è tempo di una versione 2.0

di Nino Cartabellotta*

L'aforisma «primum non nocere» rappresenta da sempre un assioma centrale della pratica medica, a partire dall'insegnamento della farmacologia clinica per minimizzare gli effetti avversi dei farmaci; tuttavia, nell'ultimo decennio, in un contesto che ha visto crescere cultura e strumenti del risk management, l'esigenza di valutare rischi e benefici di tutti gli interventi sanitari ha riportato il motto al centro della scena al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti.

L'origine dell'espressione è incerta: non se ne trova traccia nel giuramento di Ippocrate - cui spesso viene impropriamente riferita - che si limitava a sottolineare l'impegno a «astenersi dal produrre danno». Solo nel Corpus ippocratico si legge una frase simile: «Il medico deve [...] avere due obiettivi fondamentali nella cura delle malattie, in particolare produrre benefici e non causare danni». Una dettagliata ricerca sulle origini dell'aforisma ha recentemente documentato che la frase latina non è originale, ma deve essere attribuita al medico inglese Thomas Sydenham, intorno al 1860. Il motto «primum non nocere», diffusosi verbalmente alla fine dell'Ottocento, compare in pubblicazioni scientifiche solo all'inizio del XX secolo: oggi Medline indicizza ben 662 articoli che contengono nel titolo l'aforisma nella versione latina o in quella inglese *first, do no harm*.

Ancora più che in passato, oggi «primum non nocere» è un diktat fondamentale per contrastare l'eccesso di interventi diagnostico-terapeutici (overdiagnosis, overtreatment), ma come molti aforismi risulta troppo generico e poco applicabile perché nella maggior parte degli atti medici il tentativo di apportare benefici al paziente implica quantomeno il rischio di un danno. Di conseguenza, anche se il medico spera sempre di apportare più benefici che danni, una interpretazione letterale di «primum non nocere» lo costringerebbe ad astenersi da quasi tutte le prescrizioni diagnostico-terapeutiche, di fatto mai senza rischi per il paziente.

Recentemente, sul *British Medical Journal* (Bmj 2013;347:f6426), Daniel Sokol ha proposto una formulazione più accurata dell'aforisma: *first do no net harm*, uno scioglilingua in latino - *primum non plus nocere quam succurrere* - che in italiano potrebbe essere tradotto letteralmente in «innanzitutto, non nuocere più di quanto tu non aiuti» e più liberamente in «per prima cosa, fai in modo che i benefici apportati siano sempre superiori ai danni arrecati». Infatti, nell'assistenza al paziente individuale, i medici devono bilanciare il dovere di apportare benefici (principio di beneficenza) evitando - o più realisticamente riducendo al minimo - la

probabilità di causare danni (principio di non-maleficenza). Questi due obblighi professionali sono complementari, viaggiano su binari paralleli e si bilanciano reciprocamente.

A parte rare eccezioni dove i benefici degli interventi sanitari sono massimi e i rischi minimi, nella maggior parte dei casi si tratta di valutazioni complesse, nelle quali il paziente dovrebbe sempre essere coinvolto: a esempio, nel trauma cranico severo la craniotomia decompressiva è efficace nel ridurre la mortalità, ma può causare gravi disabilità nei pazienti che sopravvivono. Ovviamente, la decisione sarà informata dai dati clinici, ma l'analisi rischi-benefici deve includere anche giudizi di valore su rischi e qualità di vita. Lo stesso dilemma riguarda la decisione di eseguire la tracheotomia in un paziente critico: se può sopravvivere per ulteriori sei mesi grazie a un'assistenza più aggressiva, è proprio indispensabile tracheotomizzarlo? Saggiezza direbbe che in parte queste scelte dipendono da preferenze e aspettative del paziente, perché la percezione di cosa rappresentano un rischio e un beneficio rimane comunque soggettiva e i principi di beneficenza e non-maleficenza vengono meglio valutati alla luce del rispetto dell'autonomia del paziente. Tuttavia, in alcune situazioni, come a esempio quelle in cui è prevista la craniotomia decompressiva, i pazienti potrebbero non essere in grado di esprimere le loro preferenze ed eventuali disposizioni anticipate sono ancora poco diffuse.

Inoltre, l'applicazione del principio di *first do no net harm* trascende il livello individuale: a esempio, nei programmi di vaccinazione il profilo rischi-benefici è assolutamente inequivocabile perché i benefici per la maggioranza delle persone superano nettamente i rischi a cui va incontro una esigua minoranza. In altri contesti questo esercizio di bilanciamento è molto più difficile, fino ad arrivare a casi estremi. Il *Journal of Medical Ethics* ha recentemente riportato il dilemma di un medico in servizio in un ospedale di Haiti dopo il terremoto del 2010, di fronte a quattro pazienti con sindrome da distress respiratorio, senza disponibilità della ventilazione meccanica e con una sola bombola di ossigeno. Tra i pazienti c'era una quindicenne neurologicamente devastata con una polmonite trattabile, una donna di 40 anni Hiv positiva con sospetta tubercolosi e tre figli piccoli che supplicavano lo staff di aiutare la madre, un'infermiera di 25 anni con probabile embolia polmonare conseguente a un intervento di chirurgia intestinale maggiore e una ragazza di 18 anni con scompenso cardiaco acuto. Anche se

la quindicenne aveva maggiori possibilità di sopravvivenza a breve termine, la dottoressa decise di somministrare l'ossigeno all'infermiera, ma si chiedeva se effettivamente avesse fatto una scelta basata sui suoi bias latenti. Questo caso dimostra che valutare rischi e benefici degli interventi sanitari non è un esercizio esclusivamente clinico, né può essere informato solo dalle evidenze scientifiche, a patto che siano disponibili.

A un'attenta valutazione, nella medicina moderna il motto «primum non nocere» è incompleto perché il livello di rischio del paziente non è mai pari a zero e deve essere sempre valutato in relazione ai potenziali benefici degli interventi sanitari prescritti ed erogati. *First do no net harm* può essere una ragionevole evoluzione del motto, a patto di interpretarlo sempre nel contesto dei principi morali e dell'autonomia del paziente nell'esprimere le sue preferenze.

Forse è questa la motivazione per cui gli eccessi diagnostici e terapeutici (overdiagnosis e overtreatment) - in parte generati dalla medicina difensiva e oggi causa di una consistente quota di sprechi - non riescono ad abbattere il contenzioso medico-legale, ma determinano il loro progressivo e costante aumento.

* **Presidente Fondazione GIMBE**