

# Le Linee-Guida nella pratica clinica

## Riflessioni bioetiche

D. MAZZON\*

### Guidelines in clinical practice. Bioethical considerations.

The adoption of guidelines in clinical practice raises questions that can be answered against a background in which professional conduct is compared with deontology, law, and the specific sociocultural context and health policies of institutions. In the scientific community, doubts are raised regarding the relationships between the general recommendations laid down in the Guidelines and the specific nature of every clinical condition; between the "duty of adhering" to Guidelines and the doctor's autonomy, as well as between the adoption, discrepancy and non-adoption of Guidelines and the juridical evaluation of medical liability. The information and individual consent of patients and citizens is of particular importance both with regard to clinical procedures and choices of allocation. In the light of these comments, the authors conclude that Guidelines should not be reduced to a form of automated procedure lacking any responsibility, but should represent a correct synthesis between the objective nature of scientific findings, the subjective condition of the patient and the doctor's autonomy. The application of correctly formulated Guidelines shared by the community means acting in such a way that the "right to health" and

*Ospedale Regionale S.M. dei Battuti, Treviso  
Il Servizio di Anestesia e Rianimazione*

**"freedom of treatment" can be exercised in respect of shared bioethical principles based on beneficence, autonomy and justice.**

Key words: **Guidelines - Bioethics.**

L'espansione delle conoscenze biomediche e la crescente difficoltà di controllare e gestire una quantità incrementale di nozioni e dati provenienti da fonti molteplici e dai contenuti spesso contraddittori, hanno favorito l'avvio di un'approfondita riflessione metodologica sulla questione delle «regole» da applicare nel processo decisionale clinico. Negli ultimi 20 anni abbiamo così assistito all'affermarsi della Metodologia Clinica, disciplina che si occupa dell'analisi critica del procedimento clinico; alla nascita e alla diffusione dell'Evidence-Based-Medicine, che trae fondamento dall'analisi dei trial clinici controllati e randomizzati e dalle loro metanalisi, ed al loro intrecciarsi con discipline di varia natura come l'Epidemiologia, la Bioetica, l'Analisi Decisionale. Nell'ambito di questo percorso e nella prospettiva di una medicina che deve porsi l'obiettivo di migliorare gli

\*) Coordinatore della Commissione di Bioetica SIAARTI.  
Pervenuto il 20 marzo 2000.  
Accettato il 20 aprile 2000.

Indirizzo per la richiesta di estratti: D. Mazzon - Il Servizio di Anestesia e Rianimazione, Ospedale Regionale S.M. dei Battuti - 31100 Treviso - E-mail: dmazzon@ulss.tv.it

esiti dei trattamenti sanitari senza trascurarne i costi economici, negli anni '80 sono nate e si sono sviluppate le Linee-Guida (L-G). Mentre la produzione di L-G chiama in causa l'applicazione di principi metodologici ben codificati, la loro adozione pone nuovi interrogativi che possono trovare risposta in una dimensione in cui l'agire professionale si confronta con la deontologia, il diritto, il contesto socio-culturale specifico e le politiche sanitarie delle Istituzioni. Tutto questo, unitamente ai valori fondanti le esistenze degli individui coinvolti, costituisce la dimensione della bioetica.

### **La produzione di Linee-Guida: aspetti metodologici**

Le L-G, secondo una definizione ampiamente accettata<sup>1</sup> sono «Raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, allo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche». Esse si distinguono dai protocolli, schemi rigidi e predefiniti di comportamento diagnostico-terapeutico che descrivono le procedure che devono essere strettamente seguite in una situazione specifica, non solo per la maggiore flessibilità, ma soprattutto per il percorso metodologico che porta alla loro realizzazione.

L'esigenza di elaborare L-G può nascere da varie problematiche che si pongono in ambito sanitario: a) la vastità della dimensione di un problema; b) la quantità di risorse di cui esso necessita; c) la variabilità dei comportamenti nella pratica clinica; d) la disponibilità di evidenze scientifiche di buon livello nella materia in esame.

La realizzazione e la formulazione delle L-G deve poi rispondere ad alcuni principi basilari:

Il primo principio che deve ispirare la formulazione delle L-G è la loro *fondatezza*: le raccomandazioni che esse contengono devono essere coerenti con quanto emerge dalla letteratura scientifica.

Il secondo principio che qualifica una L-G

è l'*esplicitazione della forza delle raccomandazioni in essa contenute*. Una classificazione assai nota e di semplice applicazione è quella sviluppata dalla US Preventive Service Task Forces ed adottata anche nel documento di riferimento scientifico per la formulazione delle L-G nel nostro paese redatto dalla Commissione linee guida della Federazione Italiana delle Società Medico-Scientifiche<sup>2</sup>. Essa prevede che le evidenze scientifiche provenienti dalla letteratura siano classificate in 5 livelli, con importanza decrescente dal livello I al livello V. Da esse scaturiscono 3 categorie di raccomandazioni: A, di massima forza, basate su evidenze derivate da trial clinici randomizzati di alto valore statistico e loro metanalisi; B, di forza intermedia, basate su evidenze derivate da trial clinici randomizzati di minore valore statistico o su studi osservazionali ben condotti e realizzati; C, basate su studi non randomizzati, descrittivi, case reports.

Il terzo requisito delle L-G è il *metodo* utilizzato per sintetizzare le evidenze disponibili, che comprende da una parte un'*analisi della qualità metodologica* degli studi presi in esame<sup>3</sup> con criteri predefiniti (numero dei pazienti studiati in relazione agli endpoints, informazioni sul trattamento, qualità della randomizzazione, analisi dei pazienti esclusi, definizione degli endpoints ecc.), dall'altra il *coinvolgimento di esperti nel processo* di sviluppo delle stesse, con una metodologia di lavoro che «costringa» gli esperti stessi a confrontarsi in modo strutturato (il più noto è il metodo della Consensus Conference) con le evidenze scientifiche e a giustificare le proprie opinioni alla luce di esse. Per una successiva e più accurata calibrazione delle L-G nel contesto in cui è prevista la loro adozione, gli esperti di estrazione medico-scientifica dovrebbero essere affiancati da quelli di altri ambiti professionali (economisti, statistici, magistrati, ecc.) nonché da una rappresentanza delle componenti sociali coinvolte nell'applicazione delle L-G (utenti, pazienti, ecc.).

Quarto ed ultimo requisito è che le L-G tengano conto delle *risorse disponibili* e dei *nodi organizzativi* delle strutture in cui esse andranno proposte affinché possano

essere *diffuse* da parte di chi le ha prodotte e quindi *implementate*, cioè messe in opera nei contesti operativi locali cui le L-G sono rivolte, con la partecipazione e la collaborazione dei destinatari delle stesse. Far crescere nei futuri utilizzatori, ma anche nei potenziali fruitori, un fattivo «senso di appartenenza» alle L-G, un'alleanza cioè fra tutti i soggetti coinvolti, rappresenta il presupposto più importante ai fini della loro adozione nella pratica clinica.

### **Linee-Guida e autonomia del medico**

Da quanto sinora detto, si dovrebbe accettare il fatto che le L-G che rispondono ai requisiti precedentemente illustrati abbiano una consistenza ben maggiore di quanto possa elaborare un singolo operatore sanitario, anche se ispirato da cultura scientifica e buonsenso, e rappresentano pertanto un'auspicabile opportunità per migliorare la qualità dell'assistenza. La loro produzione ed adozione nel contesto clinico viene infatti vista con favore da una consistente parte della comunità medico-scientifica; tuttavia, al contempo, nella stessa comunità si sollevano dubbi e interrogativi sui rapporti fra *generalità delle raccomandazioni* espresse nelle L-G e *specificità di ogni condizione clinica*; fra un presunto (e temuto) «*dovere di adesione*» alle L-G e l'*autonomia del medico* nonché fra *adozione/discostamento/non adozione delle L-G* e valutazione giuridica della *responsabilità* del medico. Come conseguenza di questa dicotomia, all'interno della stessa comunità medico-scientifica che, sulla base del proprio codice deontologico (artt.12 e 16), è tenuta ad «...ispirare i trattamenti ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche, anche al fine dell'uso appropriato delle risorse...» con un particolare «obbligo per la formazione professionale permanente», non mancano resistenze ad accogliere le L-G. Resistenze riconducibili da una parte ad una interpretazione rigida del principio della libertà delle scelte professionali, che rappresenta peraltro un valore essenziale dell'esercizio della professione medica, ribadito nell'art. 4

del codice deontologico («L'esercizio della medicina è basato sulla libertà e sull'indipendenza della professione»), dall'altra alla difesa di comportamenti consolidati nelle cosiddette «tradizioni di reparto» che si traducono in forti resistenze al cambiamento che le L-G talvolta richiedono. Così, può accadere che anche quando le L-G siano emanate da Società Scientifiche che le validano al più alto livello possano tuttavia restare disattese. Tutto questo in particolare per quelle raccomandazioni che tanto sono in contrasto con abitudini assai consolidate e che risulterebbero da abbandonare alla luce delle evidenze scientifiche. Ad esempio, le L-G della SINPE (Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale) per la Nutrizione Artificiale nel paziente adulto ospedalizzato <sup>4</sup>, sono state pubblicate nel 1995; la stessa Società ha effettuato nel 1998 uno studio multicentrico epidemiologico nazionale denominato RENA (Ricerca Epidemiologica in Nutrizione Artificiale), su 1200 pazienti in 103 ospedali <sup>5</sup>, che ha evidenziato un utilizzo improprio della NP la quale è stata somministrata ben nel 30% dei pazienti con intestino normalmente funzionante, contrariamente a quanto fortemente raccomandato nelle L-G. Davanti ad un dato di tale portata, è legittimo dubitare se ci si possa trovare in ogni caso di fronte a un motivato discostamento dalle L-G o se invece si debba scontare l'impatto di L-G innovative con una tradizione (ad esempio vena centrale=nutrizione parenterale totale oppure intervento al tubo digerente=digiuno postoperatorio) la cui modifica richiede un'operazione culturale assai complessa.

### **Aderire e discostarsi dalle Linee-Guida Le questioni dell'informazione e del consenso**

Sulla questione del rapporto tra autonomia professionale ed adesione a L-G condivise dalla comunità scientifica, anche alla luce delle norme deontologiche precedentemente citate, sembra abbastanza chiaro che il medico non solo possa, ma anche debba discostarsi dalle L-G quando ne col-

ga la necessità, dal momento che la singolarità di ogni particolare condizione clinica può non sempre essere riconducibile alla generalità delle L-G che per tale contesto sono state elaborate. La *discostabilità dalle L-G* elaborate per quel contesto specifico, adeguatamente motivata, in un singolo caso, può essere considerata come l'espressione di un'autonomia critica e consapevole da parte del medico che, pur conoscendo le raccomandazioni suggerite dallo stato delle conoscenze, decide diversamente da esse nell'interesse di *quel determinato paziente*. Va anche tenuta presente l'ipotesi che il mancato consenso informato da parte del paziente ad un determinato iter diagnostico o provvedimento terapeutico per i quale si vogliono applicare delle L-G, è di per sé motivazione esaustiva della mancata applicazione delle L-G. In tale caso, il dovere di informare il paziente da parte del medico appare particolarmente forte, dal momento che si presume che l'adozione di L-G nei casi specifici per i quali esse sono state concepite fornisca al paziente la maggiore garanzia di successo di un intervento sanitario. L'informazione dovrà necessariamente in tale caso contenere opportuni riferimenti alle L-G in modo tale che il paziente comprenda che nel suo caso il medico può avvalersi di supporti decisionali derivati dalle più alte conoscenze ed esperienze e che un suo rifiuto di sottoporsi al programma proposto avrà conseguenze negative per la sua salute. Ma al di là di quanto si rende necessario nel singolo caso, l'informazione dei cittadini-utenti dovrebbe essere parte integrante del processo sistematico di produzione delle L-G, specie quando esse trattino argomenti di alto impatto sociale.

È da osservare inoltre che in un contesto come l'attuale, contraddistinto da una parte da una profonda crisi del rapporto fiduciario fra società e medicina ufficiale (più sul terreno etico che su quello scientifico), dall'altra da una scarsa e distorta diffusione della cultura scientifica sia da parte sia media che dei medici stessi, sarebbe di grande utilità che la comunità scientifica rendesse noto alla collettività che essa è

costantemente impegnata in un processo di convalida dell'efficacia dei trattamenti e nella loro traduzione in raccomandazioni volte a tutelare al meglio la salute della popolazione. La divulgazione ai cittadini-utenti di documenti di consenso o di L-G, soprattutto se di alto impatto sociale, rappresenterebbero sicuri punti di riferimento per il dibattito pubblico sulle questioni sanitarie, contribuendo a ricondurlo su un piano di correttezza etica oltre che scientifica.

Prendiamo ad esempio un tema bioetico fra i più scottanti e che coinvolge direttamente l'Anestesista-Rianimatore: quello dei criteri per l'accesso alle cure intensive, già da tempo dibattuto nelle comunità scientifiche e nelle società anglosassoni e nordeuropee, ma sul quale si sta avviando anche un dibattito nel nostro paese <sup>6</sup>. In un'ottica dell'allocazione sanitaria basata sui principi del consenso e dell'equità è lecito elaborare politiche che permettano di stabilire quando sia giusto fornire «tutto ciò che è tecnicamente possibile» e quando non lo sia. H. T. Hengelhardt, cristiano ortodosso, uno dei padri della bioetica, nel suo «Manuale di bioetica» afferma che: «Quello di scegliere come investire le risorse comuni nelle inevitabili scommesse con la sofferenza umana e la morte è un compito cui un sistema sanitario laico non può sottrarsi». Al di là della specificità del contesto culturale anglosassone in cui questo principio si è affermato, emerge nel più recente dibattito internazionale una significativa convergenza nell'attribuire valore morale ad alcuni criteri utilizzabili nelle scelte allocative di vario livello. Questi criteri sono il costo-efficacia delle procedure, la loro appropriatezza clinica, le scelte informate del paziente e la *valutazione pubblica delle decisioni allocative*. L'elaborazione e la diffusione al corpo sociale di documenti contenenti raccomandazioni sull'adeguatezza dell'accesso in Rianimazione e sulla conseguente esclusione di determinati pazienti dai trattamenti intensivi elaborati dal National Institute of Health <sup>7</sup> e dalla Commissione etica della American Society of Critical Care Medicine <sup>8</sup> rappresentano due esempi di come si possa perseguire l'interesse comune di medici,

amministratori e cittadini nell'adottare criteri condivisi di equità nella gestione di risorse finite, come tipicamente sono i posti-letto in Rianimazione.

Nel nostro contesto culturale, il coinvolgimento dei cittadini-utenti nel processo di sviluppo delle L-G potrebbe in tal modo contribuire a sfatare un sospetto che alimenta la sfiducia verso l'organizzazione sanitaria: il timore che l'adozione di comportamenti razionali e verificabili comporti necessariamente una spersonalizzazione dei rapporti ed una diminuzione dell'attenzione verso le esigenze ed i diritti dei singoli<sup>9</sup>. La relativa impersonalità dell'organizzazione sanitaria è infatti oggi condizione indispensabile per mettere a disposizione un numero considerevole di interventi su tutti coloro che ne abbiano bisogno. Il filosofo Augusto Viano con una sintesi efficace afferma che «La medicina di massa ha i propri prezzi, tra cui la perdita dei riti consolatori che accompagnavano la medicina tradizionale». Di conseguenza il medico deve trovare una dimensione relazionale individuale con ciascun paziente nelle condizioni proprie della medicina contemporanea, che è una medicina per grandi numeri. Allo strumento del *consenso informato*, vera «camera di compensazione» fra autonomia del medico ed autonomia del paziente va dato il compito di restituire al paziente l'importanza che gli compete ed al medico di preservare uno spazio relazionale in cui una comunicazione rispettosa e partecipativa ottenga l'obiettivo di informare in modo sufficiente a determinare una scelta consapevole pur nella limitatezza del tempo a disposizione.

Infine, un aspetto relativo all'applicazione delle L-G su cui ci si interroga è quello del *rapporto fra L-G e responsabilità* del medico. In particolare, ci si chiede se la mancata adozione o il discostamento dalle L-G da parte del medico possa fornire lo spunto per attribuzione di responsabilità e richieste di indennizzi in caso di danni al paziente e se quindi, da strumento di tutela della professionalità, le L-G possano trasformarsi in uno strumento usato contro la categoria.

Dal momento che la trattazione di questo tema comporta opportuni richiami al diritto ed alla giurisprudenza in materia e ad esso verrà dedicato un articolo specifico, mi limito qui a riportare alcuni passaggi del testo «le L-G offrono al professionista una copertura medico-legale?» pubblicato da Norelli *et al.* su una rivista di ampia diffusione<sup>10</sup>, utili a fornire un primo riferimento generale su tale delicata e cruciale questione. Questi A. affermano che «Le L-G devono rappresentare la massima espressione della cultura e della scienza medica nello specifico settore cui sono rivolte...; l'indirizzo di comportamento in esse rappresentato può e deve subire modifiche ove l'esecutore ne ravvisi l'opportunità, ...nella assoluta singolarità che caratterizza ogni specifica evidenza.» La risposta che gli A. danno al quesito se le L-G offrano una copertura medico-legale è che «le L-G rappresentano una garanzia di correttezza comportamentale nella misura in cui in esse si sostanzia la sintesi della *scienza medica* e della *coscienza comportamentale* e pertanto *la prudenza, la diligenza e la perizia* che devono rappresentare i requisiti dell'operatore nello specifico ambito». La loro applicazione non esime però dalle responsabilità giuridiche il medico che deve rispondere del suo operato in termini soggettivi, per cui «Nel caso in cui dalle L-G necessiti discostarsi per necessità clinica, è la scienza del medico che di esse è stato efficace promotore, che deve, in modo altrettanto efficace, adattarne i contenuti alle specifiche casualità».

Da questa prospettiva di può desumere che alle Società Scientifiche, in cui si dovrebbero concentrare le più avanzate conoscenze professionali, spetta il compito di assumersi un ruolo di primo piano nel contribuire al processo di sviluppo delle L-G.

## Conclusioni

Cosa è quindi possibile chiedere, come Anestesiisti-Rianimatori, alle L-G, affinché esse possano utilmente orientare la nostra pratica clinica? Alla luce di quanto premes-

so, mi sembra che quattro siano le priorità da soddisfare:

1) Le L-G dovrebbero fornire un supporto per orientare le scelte cliniche attraverso le migliaia di notizie provenienti dalla letteratura, di rado filtrate e a volte distorte per motivi promozionali, tra le quali può essere difficile selezionare quelle adottabili in quanto appropriate a risolvere il problema considerato con la maggiore probabilità di successo ed il minor impegno di risorse possibile.

2) Si dovrebbero elaborare L-G solo nei casi in cui vi sia disponibilità di evidenze scientifiche di buon livello; deve essere rispettato il rigore metodologico nella loro formulazione e deve venire espressa la forza delle raccomandazioni in esse contenute. È importante cioè che chi adotta una L-G sappia se le raccomandazioni in esse contenute sono prevalentemente il risultato delle opinioni degli esperti (consensus-based guidelines) o se esse invece sono basate su informazioni derivate da studi condotti con metodologia affidabile (evidence-based guidelines).

3) Si devono coinvolgere nelle forme opportune nel processo di sviluppo e diffusione delle L-G coloro che da esse dovrebbero trarre il maggiore vantaggio, cioè i cittadini-utenti. Solo in tal modo l'adozione delle L-G potrà essere suffragata non solo da autorevolezza scientifica ma anche da una piena legittimazione etica.

4) Le L-G devono presentare chiarezza, praticità e flessibilità applicativa. Esse dovrebbero cioè fornire un chiaro indirizzo di comportamento pratico sempre però modellabile nella assoluta singolarità che caratterizza ogni singola condizione clinica.

Proprio in merito a quest'ultimo punto vale la pena di evidenziare come la principale caratteristica dei pazienti trattati dagli Anestesisti-Rianimatori, sia in Sala Operatoria che nelle Terapie Intensive, sia la loro estrema eterogeneità<sup>11</sup> e che quindi l'attenta valutazione di ogni singolo caso, anche in un contesto in cui vi siano L-G di riferimento, debba essere una regola di comportamento assoluta.

Quindi, in considerazione della grande variabilità di tale scenario, l'applicazione delle L-G, in ogni nostra decisione diagnostico-terapeutica, dovrà sempre essere preceduta e seguita da un'accurata valutazione di ciascun singolo paziente ed accompagnata dall'informazione a sostegno delle ragioni del trattamento proposto. Di conseguenza, l'impiego delle L-G non dovrà mai assumere la connotazione di un automatismo deresponsabilizzante, bensì quella di una corretta sintesi fra oggettività delle evidenze scientifiche, soggettività del paziente ed autonomia del medico.

Applicare L-G correttamente formulate e condivise nella collettività significa agire in modo tale che «diritto alla salute» e «libertà di cura» si possano esercitare nel rispetto dei principi bioetici condivisi di *beneficenza, autonomia e giustizia*. In primo luogo, il «diritto alla salute» dei cittadini non è diritto all'anarchia terapeutica, ma è diritto di accesso a quelle terapie che hanno superato la prova scientifica della loro utilità. Perseguendo l'obiettivo di fornire a destinatari, «uguali» per bisogni sanitari, prestazioni tese a produrre il migliore vantaggio per essi attraverso l'applicazione delle più recenti acquisizioni scientifiche ed attraverso l'impiego responsabile delle risorse assegnateci della collettività, si soddisfano i principi bioetici di beneficenza e di giustizia<sup>12</sup>. Inoltre, il principio di autonomia del medico ed il diritto del paziente all'autodeterminazione non vengono messi in discussione: adottare o discostarsi dalle L-G è una scelta responsabile del medico che è tenuto ad informare di tutto questo il paziente, il quale a sua volta ha la libertà di accettare o meno quanto gli viene proposto. Questo però non significa che la «libertà di cura» sia assoluta: essa è una libertà consapevolmente ancorata alle più aggiornate conoscenze scientifiche: tanto il medico è tenuto ad offrire e tanto il cittadino può chiedere gli venga fornito.

## Riassunto

L'adozione delle Linee-Guida nella pratica clinica pone interrogativi che possono trovare risposta in

una dimensione in cui l'agire professionale si confronta con la deontologia, il diritto, il contesto socio-culturale specifico e le politiche sanitarie delle Istituzioni.

Nella comunità scientifica si sollevano infatti dubbi sui rapporti fra generalità delle raccomandazioni espresse nelle L-G e specificità di ogni condizione clinica; fra il «dovere di adesione» alle L-G e l'autonomia del medico nonché fra l'adozione, il discostamento e la non adozione delle L-G e la valutazione giuridica della responsabilità del medico. Particolare rilevanza assumono il tema dell'informazione e del consenso dei singoli pazienti e della cittadinanza riguardo sia ai procedimenti clinici che alle scelte allocative. Alla luce delle considerazioni svolte, si conclude che l'impiego delle L-G non dovrà mai risolversi in un automatismo deresponsabilizzante, bensì dovrà configurarsi come una corretta sintesi fra oggettività delle evidenze scientifiche, soggettività del paziente ed autonomia del medico.

Applicare L-G correttamente formulate e condivise nella collettività significa agire in modo tale che «diritto alla salute» e «libertà di cura» si possano esercitare nel rispetto dei principi bioetici condivisi di beneficenza, autonomia e giustizia.

Parole chiave: Linee-Guida - Bioetica.

## Bibliografia

1. Grilli R, Penna A, Liberati A. Migliorare la pratica clinica. Roma: Il pensiero Scientifico Editore, 1995.
2. Commissione Linee Guida F.I.S.M. Requisiti minimi delle linee guida. QA 1996;7/2:77-95.
3. Bertolini G, Minelli C, Pifferi S, D'Amico R. La nutrizione artificiale nel paziente critico: cosa sappiamo? *Minerva Anestesiol* 1999;65(6):464-70.
4. SINPE Board of Directors: Linee-Guida per l'impiego della Nutrizione Artificiale nel paziente adulto ospedalizzato. *RINPE* 1995;13(S2).
5. Paccagnella A, Simini G, Zanella M. Analisi dei dati del Gruppo di Ricerca Epidemiologica in Nutrizione Artificiale (RENA). *RINPE* 1998;16(1):1-13.
6. Dan M, Digito A, Piccinni P. Documento per l'adeguatezza del trattamento per i pazienti ricoverati in Rianimazione. *Monitor* 1998;4:83-90.
7. NIH Consensus Conference. Critical Care Medicine. *JAMA* 1983;250:798-804.
8. Consensus Statement on the Triage of Critically ill patients. Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. *JAMA* 1994;271:1200-3.
9. Santosuosso A. Libertà di cura. *Bioetica* 1998;2:218-24.
10. Norelli GA, Mazzeo E, Pinchi V. Le L-G offrono al professionista una copertura medico-legale? *Professione Sanità Pubblica e Medicina Pratica* 1998;11:31-3.
11. Piacevoli Q, Ferrari Baliviera E, Principi F. Evidence-based medicine e anestesia. *Minerva Anestesiol* 1999;65:601-5.
12. Berger JT, Rosner F. The ethics of practice guidelines. *Arch Intern Med* 1996;156:2051-5.