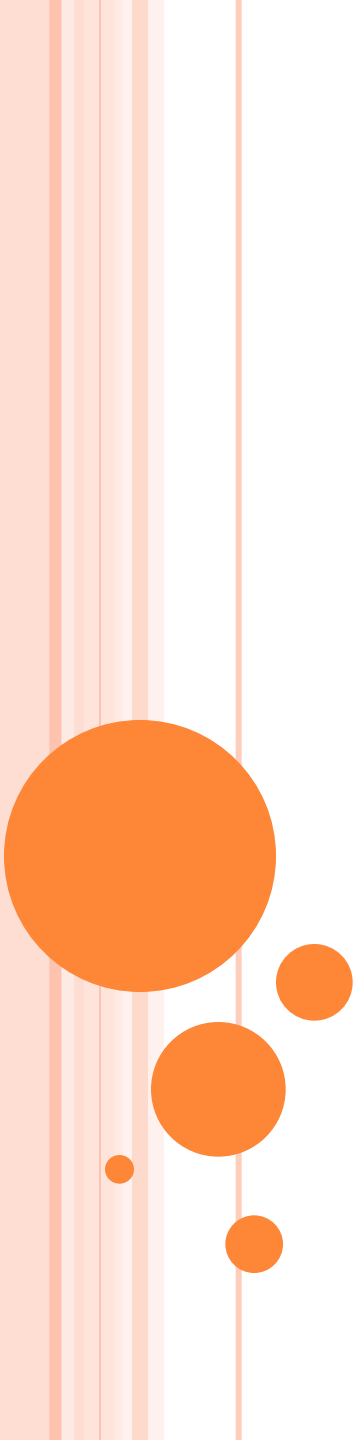




LA RELAZIONE MEDICO- PAZIENTE E LA FONDAZIONE DELL'ATTO MEDICO

- “Il significato della stretta relazione interpersonale tra medico e paziente non potrà mai essere troppo enfatizzato, in quanto da questo dipendono un numero infinito di diagnosi e di terapie. Una delle qualità essenziali del medico è l’interesse per l’uomo, in quanto il segreto della cura del paziente è averne cura”.

(Dr. Francis Peabody - XIX sec.)



1. LA MEDICINA ANTICA

- Pone in relazione la malattia e la salute con la natura, con gli elementi fuoco, acqua, aria e terra, con le qualità di base di secco, caldo, freddo, con i quattro fluidi centrali
- Il microcosmo uomo infatti è un tutt'uno con il macrocosmo natura
- Lo stato di salute riproduce il rapporto dell'uomo con la natura.



PER PLATONE E ARISTOTELE

- Il medico degli schiavi

Visita il paziente, ma non discute con lui, dà i suoi precetti, si comporta come un tiranno

- Il medico delle persone libere

Spiega la terapia al paziente, coinvolge nel discorso anche la famiglia, ascolta dai parenti come si è creata la condizione del malato e non dà inizio ad una terapia senza che prima il paziente l'abbia compresa e approvata



FONDAZIONE DELL'ATTO MEDICO

- L'obbligo del medico è di sollevare il paziente dalla malattia, dalla sofferenza e dall'ingiustizia, proponendosi di realizzare il bene del paziente.
- In nome di questo bene, l'obiettivo è conseguito con autorità



3. L'EPOCA MODERNA

- Il progresso non deve essere fermato.
- Il rapporto medico-paziente diventa una prestazione



FONDAZIONE DELL'ATTO MEDICO

- L'atto medico diventa positivo non tanto perché realizza il bene del paziente quanto piuttosto perché deriva da una sua libera scelta
- L'informazione al paziente ha il significato di permettere al paziente di fare la sua scelta, anche in modo non ragionevole rispetto alla malattia



FONDAZIONE DELL'ATTO MEDICO (*ab estrinseco*)

- Deve considerare:

1. Il bene del paziente come elemento obiettivo e finalistico
2. Il consenso del paziente e del medico stesso come elemento di soggettività
3. Il riconoscimento giuridico come componente sociale e garanzia di legittimità, eticamente dovuta.



4 MODELLI DELLA RELAZIONE MEDICO PAZIENTE

1. Paternalistico (o genitoriale o sacerdotale)
2. Informativo (o scientifico o ingegneristico dell'utente)
3. Interpretativo
4. Deliberativo



1) L'ETICA MEDICA IPPOCRATICA (400 A.C.)

- Ispiratore di tale filone è stato Ippocrate di Kos, che fondò una scuola, la “scuola di Kos”.
- Il momento storico in cui vive Ippocrate è caratterizzato dalla convinzione che colui che si occupava della medicina (*ars medica*) era considerato la figura più importante della società quasi una divinità, i medici costituivano una casta.
- Ippocrate viene ricordato soprattutto per il “*Giuramento*”, che tutti gli aspiranti medici dovevano recitare. Esso rappresenta l'espressione propria della cultura del tempo



- *Il Giuramento* si compone di 3 parti:

La prima è un'invocazione delle divinità

Sono elencate le 4 regole, i doveri di base del medico

Invocazione di benedizioni da parte delle divinità se l'operato del medico è buono, conforme al Giuramento, o diversamente di maledizioni



- La moralità dell'atto medico è fondata sul Principio di Beneficialità, cioè del bene del paziente.

Tale **bene** è espresso in 4 regole essenziali:

1. Il rispetto per la vita umana dal concepimento: “DIVIETO DI PROCURARE L'ABORTO”
2. Il rispetto della vita umana sino alla morte naturale: “DIVIETO DI FORNIRE VELENO ANCHE SE RICHIESTO”



3. Il **rispetto per l'integrità psico-fisica del paziente e dei suoi familiari**: “DIVIETO DI ABUSI SESSUALI” ed anche il **rispetto per la professionalità**: “NON OPERERO’ NESSUNO CHE SIA AFFETTO DA CALCOLOSI MA INVIERO’ QUEI MALATI A COLORO CHE ESERCITANO TALE PRATICA”
4. Il **rispetto della riservatezza (Privacy)** del paziente per tutto ciò che attiene non solo alla salute, bensì a tutto ciò che “NON DEVE ESSERE PUBBLICO”

Tali regole esprimono anche il limite dell’azione del medico



- Questa beneficialità, estremizzata, nei confronti del malato conduce al **PATERNALISMO**, in cui:
- È evidente il forte **sbilanciamento nel rapporto tra medico e paziente** fondato tutto sulla figura del medico, che al pari di un padre di famiglia agisce per il bene del figlio, e cioè del paziente, essendo l'unico a detenere il discernimento sul bene.
- Non esiste (pertanto) il consenso del malato
- Il medico è considerato una sorta di oracolo, un Dio.



LIMITI

- Un simile modello può valere solamente nelle situazioni di emergenza
- Nelle altre situazioni normali dell'attività diagnostico-terapeutica non dovrebbe essere assunto come modello ideale



2. IL MODELLO INFORMATIVO

- L'interazione con il paziente serve al medico per fornirgli tutte le informazioni relative alla diagnosi, alle terapie e ai rischi
- Con l'assenso del paziente il medico eseguirà poi gli interventi selezionati che saranno stati richiesti
- L'atto medico si conclude nella semplice esecuzione delle richieste espresse dal paziente con l'unico limite dell'atto che contrasta con la coscienza del singolo sanitario.



LIMITI

- Il medico si limita ad implementare la competenza del paziente a prendere una decisione rimanendo così fuori dal farsi carico della comprensione dei valori che spingono il paziente a fare una scelta piuttosto che un'altra
- La paura di imporre le proprie convinzioni esclude il medico dal fornire consigli al paziente



3. IL MODELLO INTERPRETATIVO

- Il ruolo della relazione medico-paziente è di aiutare il paziente a riflettere sui valori e a dare un significato alle proprie scelte oltre che ad informarlo sui rischi e sui benefici



LIMITI

- I medici non sono sempre preparati a svolgere questo counseling
- Un counseling errato potrebbe influenzare la decisione del malato



4. IL MODELLO DELIBERATIVO

- Il medico agisce come un maestro, un fratello maggiore del paziente, informandolo sugli aspetti clinici e sui valori implicati in ogni singolo intervento.
- Il medico ha un ruolo attivo nell'indicare al paziente cosa dovrebbe fare
- L'autonomia del paziente diventa realmente tale poiché egli ha modo di esaminare tutti i valori e le loro implicazioni nel trattamento scelto.



LIMITI

- Il medico non conosce le priorità che hanno i diversi valori
- Il paziente poi, va dal medico per ricevere un aiuto e non per rivedere i propri valori o in qualche modo iniziare un dibattito morale su di essi! (pericolo del paternalismo)



TUTTAVIA ...

- Il modello deliberativo sembra essere quello da privilegiare, soprattutto perché mette il paziente in grado realmente di autodeterminarsi ...



IL MEDIOEVO

- L'essere umano è posto in relazione con la natura e la natura è posta in relazione con Dio
- Salute e malattia devono essere riferite alla creazione
- Sorgono gli ospedali concepiti come opere di misericordia
- Dietro ad ogni dottore sta la figura del *Christus Medicus* come dietro ad ogni malattia sta l'immagine della passione di Cristo



- Medico e paziente devono accettare che malattia, sofferenza e morte appartengano alla vita terrena
- In questo periodo il paziente deve essere informato, ma non esiste il dovere etico di informare il paziente contro la sua volontà.



LA MORALE MEDICA D'ISPIRAZIONE TEOLOGICA

- E' il contributo del Cristianesimo, legato alla riflessione cristiana sul senso della malattia, del dolore e del rapporto medico-paziente.
- Introduzione di nuovi concetti e valori sia attraverso l'insegnamento, sia attraverso la prassi assistenziale.



- Tali contributi sono rintracciabili:
 1. **fondamento** del concetto di **PERSONA UMANA**: unità di corpo e di anima
 2. **assistenza al malato**: il medico è il servitore dei sofferenti, colui che accoglie il debole, è il Buon Samaritano.
 3. **introduzione nella comunità delle strutture ospedaliere** come luoghi di ospitalità ed accoglienza per le persone malate e bisognose.
 4. **rapporto tra Fede e Ragione**: non sono in conflitto tra loro; l'uomo ha bisogno di entrambe.
- Il rapporto medico-paziente pone la sua attenzione sulla figura del paziente



PARACELSO (XVI SECOLO)

- L'etica ha valore sia per il pensiero medico che per la prassi medica.

“è la virtù che dovrà sostenere il medico fino alla morte”

“L'origine delle malattie è nell'uomo e non fuori di esso; ma le influenze esterne agiscono sull'intimo e fanno sviluppare le malattie... Un medico... dovrebbe conoscere l'uomo nella sua interezza e non solo nella sua forma esterna”.

“una volta c'era il medico malerba (delle erbacce), che soltanto in base alle sue conoscenze libresche, pensava di poter curare i malati; gli si contrappone il medico-lupo, che uccide, tortura e inganna; da entrambi si differenzia il medico-agnello, che ama il paziente più di se stesso, che si sacrifica per lui, che ha Cristo come modello. Senza amore, un vero rapporto medico-paziente non sarebbe possibile”



- "Non è un medico colui che può vedere solo quello che è visibile da qualsiasi zotico. Il giardiniere esperto, guardando il seme, può dire qual genere di pianta nascerà da esso, ed egualmente il medico dovrebbe essere capace di percepire come le malattie abbiano origine ed in qual modo si svilupperanno (...) chi conosce l'origine della pioggia conosce anche l'origine della dissenteria; chi conosce l'origine dei venti conosce anche quella della colica; chi conosce le periodiche influenze delle stagioni può conoscere l'origine delle febbri intermittenti; il vero medico studia le cause delle malattie studiando l'uomo universale. In esso esistono tutte le malattie che furono nel passato e saranno nel futuro.."



- “dove non c’è nessun amore per il malato, là non c’è nemmeno alcuna arte medica”



ETICA MEDICA DERIVANTE DALLA MODERNA IDEA DEI DIRITTI UMANI

- Per completare il panorama storico dei contributi alla formulazione dei principi e dei criteri di condotta nell'ambito medico, ricordiamo il filone dei diritti dell'uomo, in modo particolare della moderna idea dei diritti dell'uomo.
- Tali diritti contribuiscono a ribilanciare il rapporto medico-paziente, portando tale rapporto in equilibrio



INQUADRAMENTO STORICO:

- II^a Guerra Mondiale, scoperta delle sperimentazioni condotte sull'uomo, con finalità marcatamente eugenetiche ed eliminazione di milioni di esseri umani.
- Codice di Norimberga (1946), pone il valore di ogni singola persona su un piano di primaria importanza rispetto al bene dell'umanità.
- Dichiarazione Universale dei diritti umani dell'ONU nel 1948.
- Sotto questa spinta si sono poi susseguite molte altre convenzioni e dichiarazioni.



NOVITA'(MODERNITÀ):

- I DIRITTI sono UNIVERSALI, prima i diritti non erano per tutti ma solo per alcuni.
- I DIRITTI sono le FONDAMENTA, sono i mattoni per costruire un nuovo ordine nella società
- Il fondamento dei diritti è posto nella DIGNITA' UMANA: tutti gli uomini sono uguali, hanno un'eguale dignità, prima il fondamento era posto in una realtà esterna all'uomo, nella divinità
- **I Diritti sono per la prima volta RICONOSCIUTI E NON ATTRIBUITI proprio perché fondati sull'uguale dignità.**



LA DIGNITA' UMANA

- È riconosciuta, non concessa.
- È il valore intrinseco, distintiva della vita umana
- È necessaria per assicurare la pace, la giustizia e la libertà
- È uguale, non graduabile
- **Il rapporto medico-paziente: il paziente è visto come una persona che ha dei diritti. Si ha quindi un ribilanciamento del rapporto**



IL CONSENSO INFORMATO

- L'espressione “consenso informato” compare per la prima volta in California durante un processo (Salgo vs Leland Stanford, Jr) la cui attenzione era concentrata non tanto sul fatto di aver ottenuto o meno un consenso quanto sulla necessità che questo consenso fosse informato.
- Il dibattito sul CI è stato poi determinante nel processo di Norimberga sulla sperimentazione sull'uomo. Nel Codice viene sottolineata l'essenzialità della rilevazione del consenso per la sperimentazione sui volontari (1947)
- Il CI è centrale anche nella Dichiarazione di Helsinki (1964 e successive modifiche)



IL CI NEI CODICI DI DEONTOLOGIA MEDICA

- “il medico non può intraprendere alcuna attività diagnostico-terapeutica senza il valido consenso del paziente, che sostanzialmente implicito nel rapporto di fiducia, deve essere invece consapevole ed esplicito allorché l’atto medico comporti rischio o permanente diminuzione dell’integrità fisica. In ogni caso, in presenza di esplicito rifiuto del paziente capace di intendere, il medico è tenuto alla desistenza da qualsiasi atto diagnostico e curativo, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà del paziente”

○ (FNOM, codice del 1989, art 40)



- “Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l’acquisizione del consenso del paziente. In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace di intendere e volere, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona”

○ Codice 1998, art.32



PERCHÉ PARLARE DI CI?

- 1. il fondamento etico
- Il valore-persona e il rispetto della dignità individuale
- Il rispetto dell'autonomia del paziente
- La ricerca condivisa del bene del paziente



PERCHÉ PARLARE DI CI?

- 2. il fondamento deontologico
- Il principio di correttezza professionale
- Il principio di riservatezza e di segretezza
- Il principio di informativa e veridicità
- Il principio di colleganza
- Il principio di dignità e decoro professionale



PERCHÉ PARLARE DI CI?

- 3. il fondamento giuridico
- Il CI è un negozio bilaterale
- Il CI è uno dei pilastri della liceità del trattamento medico-chirurgico
- Il diritto all'autodeterminazione del soggetto:
 - Art. 50 c.p. – consenso dell'avente diritto
 - Art. 32 Cost. – “nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”
 - Art. 13 Cost. – “la libertà personale è inviolabile”



SEGUE ... (LA FONDAZ. GIURIDICA)

- Il rispetto dell'integrità fisica
- - limite del divieto degli atti di disposizione del proprio corpo che provochino una diminuzione permanente dell'integrità fisica (art 5 c.c.)
- La tutela del bene della vita anche oltre la volontà del soggetto (art. 579 c.p. punibilità dell'omicidio del consenziente; art. 580 c.p. punibilità dell'aiuto al suicidio)
- Il dovere del medico (art. 593 c.p. omissione di soccorso) di intervenire anche contro la volontà del paziente quando si ravvisa lo "stato di necessità" (art. 54 c.p.) senza commettere reato



SEGUE ...

- Dichiarazione Universale Diritti dell'Uomo (1948, art. 26)
- Convenzione europea (1950, art. 8)
- Convenzione Diritti dell'Uomo e Biomedicina (1996, art 5)
- Dichiarazione di Helsinki (1964 e successive revisioni)
- Good Clinical Practice (1991, 1996, 2000)



COSA È IL CI

- “Sebbene la dottrina del consenso informato abbia sostanzialmente basi giuridiche, si tratta essenzialmente di un imperativo etico. Un consenso eticamente valido consiste in un processo decisionale basato sul mutuo rispetto e sulla partecipazione di entrambe le parti, sia del medico, sia del paziente, non il burocratico rituale fatto della ricerca di una formula che descrive i rischi di un particolare trattamento”

(President Commission, USA 1993)



CI: LE CARATTERISTICHE

La forma

- Implicito, esplicito, presunto, rappresentato
- Orale o scritto
- Generico o specifico

Le componenti

- Informazione
- Comprensione
- Volontarietà
- Capacità
- Consenso finale
- Libertà di revoca



SEGUE ...

Il CI deve essere:

- Personale o del legale rappresentante
- Consapevole (cioè informato)
- Attuale
- Manifesto
- Libero
- Completo
- Gratuito
- richiesto



IL CI: IL MINORE. CASI PARTICOLARI

- Il minore emancipato: può consentire al trattamento sanitario da solo
- Minore affidato ad un tutore: facoltà di ricorrere al Giudice tutelare per quanti siano in contrasto con la decisione del tutore
- Rifiuto alle vaccinazioni obbligatorie: il medico può ricorrere al Tribunale per i Minorenni



CI: L'INFORMAZIONE

- Come e quando informare il paziente
- Entro quali limiti fornire le informazioni
- Chi ha la responsabilità di informare
- I rapporti con i familiari
- Documentazione delle informazioni recepite



IL CONSENSO INFORMATO

- Il fondamento etico-giuridico del CI sta nel diritto del paziente ad autodeterminarsi
- Esso conferisce al medico e al paziente un ruolo attivo nell'affrontare e risolvere lo stato di malattia, stabilendo una sorta di collaborazione paritetica
- il CI modifica la figura del medico (paternalista) come unico gestore dell'evento patologico
- La compartecipazione della scelta operata attraverso il consenso rende i due soggetti compartecipi della responsabilità del risultato finale



INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

- Il consenso è preceduto da una comunicazione che rende efficace il rapporto medico-paziente
- 3 momenti della comunicazione etica
 1. Il riconoscimento dell'altro come persona
 2. Dal riconoscimento bisogna passare al rapporto genuino, cioè alla costruzione dell'alleanza terapeutica
 3. Accettazione dei rispettivi titoli: autorità professionale del medico e libertà decisionale del paziente



IL PARERE DEL COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ATTO MEDICO*, 1992

- In caso di malattie importanti o diagnosi complesse il rapporto non dovrà essere fugace o momentaneo
- Il medico dovrà avere una preparazione psicologica per comprendere la personalità del paziente
- Le informazioni che hanno rilevanza tale da comportare preoccupazioni o previsioni infauste dovranno essere date con prudenza



SEGUE ...

- Le informazioni sul procedimento terapeutico dovranno essere tali da consentire la comprensione sostanziale ed obiettiva della situazione evitando notizie o dati che sono specialistici e possono comportare confusioni sul piano della comprensione essenziale
- Non vincolanti per il medico le raccomandazioni dei parenti volte a nascondere la verità. Questa sia pure con prudenza dovrà essere data in modo che consenta al paziente di prendere le sue decisioni rilevanti per sé e per gli altri. I genitori o gli aventi diritto non sono in generale i sostituti del paziente



SEGUE ...

- La responsabilità dell'informare è del primario della struttura pubblica, in ogni caso di chi coordina la diagnosi e la terapia.
- Quando il tipo di consenso acquista una particolare rilevanza normalmente dovrà essere scritto.
- È particolarmente importante la forma scritta nel caso che sia richiesto un consenso rappresentato per chi non è in grado di dare consenso (minore o inabile)



ANCORA ...

- Queste linee-guida mirano a conciliare il principio dell'autodeterminazione del paziente e quello della salvaguardia dell'autonomia diagnostica terapeutica del medico.



DUE CASI LIMITE

1. Il caso d'urgenza e imminente pericolo per la vita del paziente che non può dare consenso
2. Il caso del consapevole rifiuto delle terapie cui può conseguire il rischio grave per la vita del paziente stesso.



1. PERICOLO IMMINENTE

- Il medico è autorizzato ad intervenire anche senza il consenso, ma soltanto nel caso del minore, del malato mentale incapace di intendere e volere o del paziente in stato di incoscienza
- Se il tempo lo consente il medico deve richiedere l'assenso dell'avente diritto o in caso di rifiuto di fare ricorso all'autorità giudiziaria (testimoni di Geova che rifiutano la trasfusione del loro figlio in caso di imminente pericolo)



2. IL RIFIUTO CONSAPEVOLE DELLE CURE

- Il medico non può consentire ad atti eutanasici perché non può agire contro la vita e il bene del paziente
- Può chiedere un consulto e cercare di sensibilizzare il paziente circa “l’obbligo” che egli ha di farsi curare

