



Regione Toscana



file  
Fondazione  
Italiana di  
Leniterapia

## **Corso di Formazione**

### **“Legislazione e pianificazione delle cure”**

**Borgo San Lorenzo, 20 maggio - 10 giugno 2017**

**Comune di Borgo San Lorenzo, Sala Pio La Torre, via Giotto, 17,**

# **Le volontà della persona: consenso informato, D.A.T., Pianificazione Anticipata delle Cure**

*Elisa Valdambri – Filosofa Bioeticista*

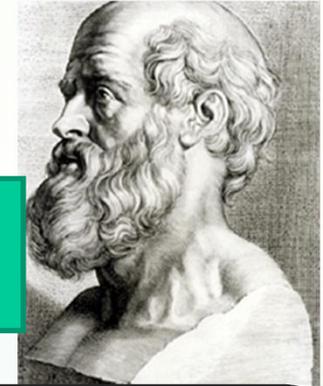
# RELAZIONE ASIMMETRICA

*«Il medico vede il male. Il paziente sente un dolore» U. Galimberti*

- La malattia rende il pz vulnerabile e fragile e quindi in una posizione di dipendenza dalle competenze del medico e dal potere della medicina
- ...La vulnerabilità tuttavia non significa perdita di autonomia, di capacità decisionale nè perdita di dignità.



# EVOLUZIONE DEL RAPPORTO MEDICO -PAZIENTE



Fase del paternalismo:  
medico decisore unico  
delle sorti del paziente

Doctor centred  
Disease centred

Patient centred

Alleanza terapeutica:  
equilibrio nel rapporto;  
medico che informa e  
sostiene il paziente nella  
scelta

Deriva contrattualistica:  
il paziente è sempre più  
cliente che esige  
guarigione



# «Chi decide?»

Paternalismo  
medico  
(atto di fiducia)



Modello  
BioPsicoSociale  
BIOETICA

Empowerment  
del cittadino  
(atto partecipato)



- Cos'è il bene e chi lo decide?

Il medico in scienza e coscienza....



- Principio di autonomia oltre a quello di beneficiabilità e non maleficienza

Da così:

One up



One down

a così:



# Chi decide cosa è «bene» per me?

- «Nessuno mi può costringere ad essere felice a modo suo»  
Immanuel Kant
- «Il bene dell'individuo, sia esso fisico o morale, non è una giustificazione sufficiente (per l'interferenza). Non lo si può costringere a fare o non fare qualcosa perché è meglio per lui, perché lo renderà più felice, perché nell'opinione degli altri, è opportuno o perfino giusto. **Su sé stesso, sul proprio corpo e sulla propria mente l'individuo è sovrano**» John Stuart Mill
- Per alcune persone ciò che è bene non si può stabilire a prescindere dai precetti della propria fede poiché ritengono che la propria vita appartiene a Dio.

# IL CONSENSO INFORMATO

«...Con questa firma io ti autorizzo a fare di me quel che vuoi e ti sollevo da ogni responsabilità per le eventuali conseguenze negative...»



## IL CONSENSO INFORMATO:

- Non è un mero adempimento burocratico
- Non è la firma «per accettazione» su un modulo prestampato
- Non ha come obiettivo quello di proteggere legalmente il medico
- Non è un compito che il medico può delegare ad altri perché non ha tempo

# CHE COS'È IN REALTÀ...

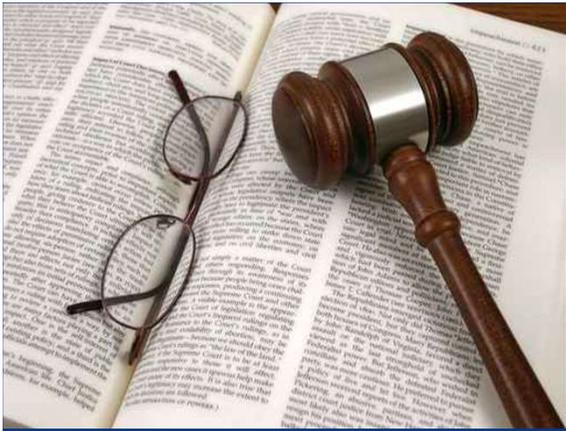
- Il principio del “consenso informato” rappresenta il **DIRITTO** del pz di scegliere, accettare o rifiutare i trattamenti che gli vengono proposti, dopo essere stato pienamente informato (salvo sua esplicita rinuncia) sulla diagnosi e il decorso previsto della malattia e sulle alternative terapeutiche (incluso il loro rifiuto) e le loro conseguenze.
- È lo strumento attraverso il quale si concretizza il diritto alla **AUTODETERMINAZIONE** e con esso il rispetto della **DIGNITÀ** della persona
- Con l'affermazione del principio del C.I. si sancisce il riconoscimento di un nuovo **SOGGETTO MORALE\*** → il paziente da oggetto a soggetto
- È un momento importante nella relazione terapeutica poiché:
  - ✓ Esso contribuisce a fondare la **FIDUCIA** del paziente nel terapeuta e quindi a creare un **ALLEANZA TERAPEUTICA** efficace ed equilibrata;
  - ✓ in un ottica di **EMPOWERMENT**, serve a rendere partecipe e responsabilizzare il paziente sulle ragioni e la fondatezza del percorso terapeutico

*Eligo ergo  
sum*

**Per consenso informato si intende un processo comunicativo col paziente che consta necessariamente di due parti:**

- 1) Erogazione di informazioni chiare ed esaustive, con verifica della comprensione del paziente**
- 2) Acquisizione di valido consenso, libero ed esplicitato dal paziente**

**L'informazione è requisito fondamentale del consenso e presupposto imprescindibile per la scelta consapevole**



# RIFERIMENTI NORMATIVI:

**Codice di Norimberga (1946)**

**Dichiarazione di Helsinki**

**Convenzione di Oviedo (1997)**

**Carta di Nizza**

**Dichiarazione per la promozione dei diritti dei pazienti in Europa**

**Artt. 2, 13, 32 Costituzione Italiana**

**Codice di Deontologia Medica: articoli 33, 34, 35, 38**

**Codice Deontologico dell'Infermiere: articoli 20, 23, 24, 25**

***Good Clinical Practice* (recepita con D.M. 15-07-1997)**

**Codice Civile (art. 5) e Codice Penale (artt. 50 e 54)**

**Legislazione ordinaria**

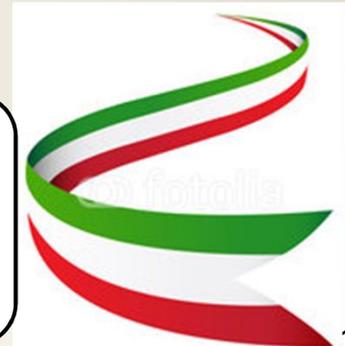


## Art. 32 Costituzione Italiana

*“ La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.*

*Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*

**AUTODETERMINAZIONE**



# C.I. QUANDO? Sempre!

## IL CONSENSO VA ACQUISITO PER OGNI TRATTAMENTO SANITARIO.

- L'atto medico è autolegittimato perché persegue un alto valore sociale (tutela della salute come bene costituzionalmente garantito) e perché il medico assume una posizione di garanzia.
- L'atto è però limitato dal diritto del pz all'autodeterminazione.
- Il medico che abbia ommesso di raccogliere il consenso informato può incorrere in responsabilità anche se la prestazione viene eseguita senza errori.

ECCEZIONI all'obbligo di raccogliere il consenso:

- 1) Stato di necessità → Emergenza/Urgenza
  - art.54 CP: pericolo imminente di vita o di grave danno alla salute
  - si agisce su consenso presumibile ergo il reato non è punibile
- 2) TSO (ex artt. 33,34,35 L. 833/78).....
- 3) Consenso implicito per prelievo sangue

# CONSENSO INFORMATO: DA CHI?



- Il consenso deve essere raccolto dal medico che effettuerà la procedura;
- In caso di consenso assente o carente sarà lui a risponderne; (condivisione responsabilità con la Struttura che deve creare le condizioni ed un'organizzazione tale da garantire l'assolvimento di questo compito)
- Non può essere delegato agli infermieri o ad altri operatori sanitari.



# CARATTERISTICHE DEL C.I.

Affinché il consenso sia valido deve essere:

- ✓ **Personale** (il consenso dei familiari è legalmente irrilevante)
- ✓ **Informato**
- ✓ **Effettivo e non presunto**
- ✓ **Specifico all'atto proposto, per come è stato proposto ed illustrato** (non ne può essere eseguito un altro differente)
- ✓ **Relativo a singola procedura** (se composto da scelte operative diverse, ogni parte va valutata separatamente)
- ✓ **Completo**, relativamente a tutti gli aspetti della procedura proposta
- ✓ **Consapevole**
- ✓ **Libero da costrizioni**
- ✓ **Manifesto ed esplicito**
- ✓ **Preventivo ed attuale**
- ✓ **Revocabile in ogni momento**
- ✓ **Recettizio: acquista valore solo quando recepito dal medico**

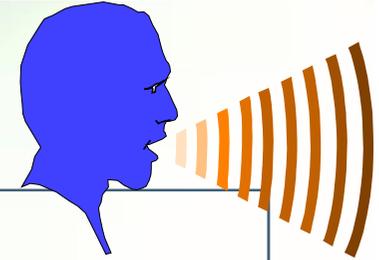


# QUALI INFORMAZIONI devono essere fornite affinché il consenso sia VALIDO?

- ✓ Diagnosi e **Prognosi**
- ✓ Nome e scopo della procedura
- ✓ Modalità di effettuazione
- ✓ Benefici attendibili e probabilità di successo (%)
- ✓ Conseguenze previste
- ✓ Rischi e complicanze prevedibili e loro modalità di risoluzione
- ✓ Alternative possibili (vantaggi e rischi)
- ✓ Incidenza sulla qualità di vita futura
- ✓ Conseguenze del rifiuto alle prestazioni
- ✓ Adeguatezza della Struttura Ospedaliera



# L'INFORMAZIONE



L'informazione è un obbligo giuridico in quanto attiene al contratto d'opera professionale (Cass. civ., 29 marzo 1976, n. 1132)

- ✓ **Personalizzata** (adeguata alla situazione particolare e commisurata alle capacità di comprensione del paziente)
- ✓ **Comprensibile** (esposta in modo chiaro e con linguaggio semplice)
- ✓ **Veritiera e obiettiva** (rispondente alla realtà, non illusoria, basata su fonti validate o legittimate clinicamente)
- ✓ **Esaustiva** (che chiarisca ogni aspetto senza omettere le parti più difficili e spiacevoli)
- ✓ **Non imposta** (informare il paziente solo se esprime il desiderio di essere informato e non insistere nel comunicare ciò che non vuole sentirsi dire; rispettare la sua volontà di delegare altri ad essere informati al suo posto)

# Consenso SCRITTO O ORALE?



- Solo alcuni casi per legge impongono un consenso informato scritto, negli altri casi ciò che conta è un efficace comunicazione verbale.
- Il modello scritto è integrativo e non sostitutivo del processo informativo. Esso contribuisce a testimoniare il colloquio avvenuto e se registrato in cartella clinica può essere utile (anche se non sufficiente) dal punto di vista probatorio.
- È consigliabile l'utilizzo di un modello unico di consenso informato scritto che deve essere preceduto da una **nota informativa scritta, specifica per la procedura proposta**, da consegnare al paziente al termine del colloquio clinico.



## PRESTAZIONI CHE PREVEDONO

# OBBLIGO DI LEGGE DEL CONSENSO SCRITTO

- ✓ **Trasfusione di sangue o emocomponenti e donazione di sangue e midollo** (legge n. 107/90, D.M. 25 gennaio 2001, D.M. 26 gennaio 2001, legge n. 52/01, legge n. 219/05);
- ✓ **Accertamento diagnostico HIV** (legge n. 135/90);
- ✓ **Donazione di tessuti/organi tra viventi** (legge n. 458/67, legge n. 483/99);
- ✓ **Prelievo ed innesto di cornea** (legge n. 301/93)
- ✓ **Procreazione medicalmente assistita** (legge n. 40/04, D.M. 21 luglio 2004, D.M. 16 dicembre 2004);
- ✓ **Interruzione Volontaria di Gravidanza** (legge 194/78)
- ✓ **Rettificazione in materia di attribuzione di sesso**
- ✓ **Sperimentazione clinica** (D.M. 27 aprile 1992, D.M. 15 luglio 1997, D.L. n. 23/98 e legge di conversione n. 94/98);
- ✓ **Terapia elettroconvulsivante (Elettroshock)** (circolare Ministero della Salute del 13 marzo 1999).

Per le altre attività non esiste obbligo normativo di C.I. scritto, tuttavia l'art 35 del CDM\* identifica alcuni aspetti delle prestazioni sanitarie che richiedono acquisizione di C.I. esplicitato, cioè trattamenti con rischio integrità fisica/incolumità della persona.

*\* Il medico acquisisce, in forma scritta e sottoscritta o con altre modalità di pari efficacia documentale, il consenso o il dissenso del paziente, nei casi previsti dall'ordinamento e dal Codice e in quelli prevedibilmente gravati da elevato rischio di mortalità o da esiti che incidano in modo rilevante sull'integrità psico-fisica.*

# CHI deve prestare il consenso?

- Esempi....



## COMPETENZA E CAPACITÀ DI ESPRIMERE IL CONSENSO\*

- **Minori di 18 anni (genitore, tutore)**

*«Cercare sempre insieme a quello dei genitori il consenso/dissenso del bambino di età superiore a 7 anni e di considerare obbligatorio e prioritario rispetto a quello dei genitori il consenso o dissenso dell'adolescente a partire dai 14 anni di età» (art. 6 Convenzione di Oviedo, Royal College of Physicians, Legge 184/1983, Parere CNB 1992 e CNB 1994)*

- **Interdetti, inabilitati (tutore, curatore legale)**

- **Beneficiari dell'Amministrazione di Sostegno**  
(per gli atti definiti dall'atto di attribuzione)

*Attenzione! La competenza non può essere ritenuta una funzione binaria del tipo «tutto-o-nulla»; Essa si presenta in qualità e gradi continui*

\* Capacità di agire: condizione di idoneità ad esercitare da solo, con il proprio volere, i diritti soggettivi e a prestare il consenso informato all'atto sanitario.

# Titolarità del consenso

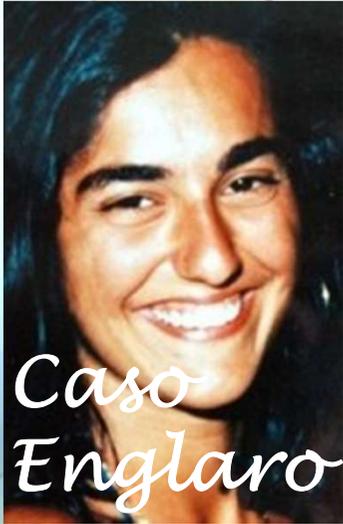
- **Paziente:** destinatario dell'informazione (salvo sua delega) ed unico titolare del consenso.
- **Rappresentante legale** (tutore, curatore, amministratore di sostegno): in caso di paziente inabilitato, interdetto o beneficiario dell'AdS.
- **Il consenso dei familiari non ha alcun valore e troppo spesso vi si ricorre per pazienti molto anziani e nella fase terminale**

## **Art. 34 CDM: "INFORMAZIONE A TERZI"**

L'informazione a terzi può essere fornita previo consenso esplicitamente espresso dalla persona assistita. Il medico, in caso di paziente ricoverato, raccoglie gli eventuali nominativi delle persone indicate dallo stesso a ricevere la comunicazione dei dati sensibili.

**Parla di informazione e non di acquisizione di consenso!!!!**

# Pazienti incapaci di intendere e di volere



## **STRUMENTI:**

- ✓ **PIANIFICAZIONE ANTICIPATA E CONDIVISA DELLE CURE**
- ✓ **D.A.T. o TESTAMENTO BIOLOGICO**
- ✓ **AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO**

## Quali volontà manifestate anticipatamente?

CDM: Art.38: Il medico tiene conto delle DAT espresse in forma scritta, sottoscritta e datata da parte di persona capace e successive a un'informazione medica di cui resta traccia documentale. La DAT comprova la libertà e la consapevolezza della scelta sulle procedure diagnostiche e/o sugli interventi terapeutici che si desidera o non si desidera vengano attuati in condizioni di totale o grave compromissione delle facoltà cognitive o valutative che impediscono l'espressione di volontà attuali. Il medico, nel tenere conto delle DAT, verifica la loro congruenza logica e clinica con la condizione in atto e ispira la propria condotta al rispetto della dignità e della qualità di vita del paziente, dandone chiara espressione nella documentazione sanitaria. Il medico coopera con il rappresentante legale perseguendo il migliore interesse del paziente e in caso di contrasto si avvale del dirimente giudizio arbitrale previsto dall'ordinamento e, in relazione alle condizioni cliniche, procede comunque tempestivamente alle cure ritenute indispensabili e indifferibili.

# DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

- Dal punto di vista formale sarebbe più opportuno parlare di Direttive o Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT), piuttosto che di **Testamento Biologico**, perché il contenuto del documento non riguarda solo la decisione sul morire, ma una volontà più ampia su tutte le cure ed i trattamenti (e talvolta anche sull'assistenza religiosa, i riti funebri, la donazione degli organi, la cremazione, ecc...).
- Le direttive anticipate derivano direttamente dal **principio di autodeterminazione** dell'individuo.
- Definizione: Le DAT sono un atto formale che consente a ciascuno, finché si trova nel pieno possesso delle sue facoltà mentali, di dare **disposizioni riguardo ai futuri trattamenti sanitari** per una circostanza o un tempo in cui tali facoltà potrebbero essere gravemente ridotte o annullate. Esso è un atto che può essere revocato dal firmatario in qualsiasi momento e che può prevedere l'indicazione di una persona di fiducia (**fiduciario**), alla quale affidare scelte che l'interessato non è più in grado di assumere. Si profila dunque come strumento giuridico inteso a proteggere il malato dall'accanimento terapeutico e in grado di disporre l'astensione da cure dolorose e/o futili e superflue, qualora la patologia si rivelasse irreversibile e gravemente lesiva della dignità della persona.
- Le DAT in Italia, attualmente, non hanno valore giuridico, ma vengono prese in considerazione attraverso un **criterio discrezionale**: spetta dunque al medico, in scienza e coscienza, se tenerne conto e quale decisione prendere in merito alle cure.

# Esempi di prestampati

## Testamento Biologico

Scegliere in modo consapevole come affrontare le incognite del futuro è una forma di libertà.

La legge italiana sancisce il diritto per ogni paziente di conoscere la verità sulla propria malattia e il diritto di acconsentire o non acconsentire alle cure proposte (consenso informato). In condizioni molto gravi, tuttavia il paziente potrebbe non essere in grado di esprimere la propria volontà.

È nato quindi in molti Paesi il principio delle "DIRETTIVE ANTICIPATE" o "TESTAMENTO BIOLOGICO", con cui una persona dichiara, in perfetta lucidità mentale, quali terapie accettare o non accettare nel caso di trovarsi in condizioni di incapacità.

Nel 2001 l'Italia ha ratificato la legge del 1997, che stabilisce che "i desideri espressi a proposito di un intervento medico, da parte del paziente che, al momento dell'intervento, è in grado di esprimere la propria volontà, costituiscono "consenso informato". Inoltre, secondo "i medici dovranno non solo tener conto delle direttive anticipate scritte dall'interessato, ma anche giustificarne l'eventuale inosservanza".

Nell'attesa di una legge sul "testamento biologico", l'Istituto Veronesi desidera che ogni cittadino possa esprimere la propria volontà anticipata.

La dichiarazione, debitamente sottoscritta e firmata, è un atto di propria pagina in due copie:

- una per il firmatario
- una da consegnare a un fiduciario (persona di fiducia)

Una terza copia (inoltre può essere depositata in un archivio di fiducia).

PER INFORMAZIONI:  
02 76 01 81 87  
[www.fondazioneveronesi.it](http://www.fondazioneveronesi.it)

**TESTAMENTO BIOLOGICO**  
IO SOTTOSCRITTO/A

Nome: \_\_\_\_\_  
Cognome: \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita: \_\_\_\_\_  
Data di nascita: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Documento di identità: \_\_\_\_\_

### LIBERTÀ DI DECIDERE ASSOCIAZIONE CULTURALE CARTA DI AUTODETERMINAZIONE

Io sottoscritto/a Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Documento di identità \_\_\_\_\_

In forza di quanto previsto dall'art. 32 della Costituzione italiana e dalle disposizioni collegate\*, nel pieno delle mie facoltà mentali e in totale libertà di scelta dispongo quanto segue:

**1** In caso di malattia o traumatismo cerebrale che determinino una perdita di coscienza definibile come permanente ed irreversibile **chiedo di non essere sottoposto ad alcun trattamento terapeutico, comprese idratazione e alimentazione forzata e artificiali in caso di impossibilità ad alimentarmi autonomamente**

**2** In caso di morte cerebrale autorizzo la donazione dei miei organi per trapianti:  sì  no

Le presenti volontà potranno essere da me revocate o modificate in ogni momento con successiva dichiarazione.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nemino mio rappresentante fiduciario il/la Sig./ra

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del sottoscrittore \_\_\_\_\_

Firma del fiduciario \_\_\_\_\_ Documento di identità \_\_\_\_\_

Firma del testimone \_\_\_\_\_ Documento di identità \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONI DI VOLONTA' ANTICIPATE NEI TRATTAMENTI SANITARI

Sig.ra \_\_\_\_\_  
nata/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

#### DICHIARAZIONE

Alla mia famiglia, ai medici curanti e a tutti coloro che saranno coinvolti nella mia assistenza, lo sottoscritto/a, essendo attualmente in pieno possesso delle mie facoltà mentali, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere qualora mi ammalassi:

Voglio essere informato sul mio stato di salute, anche se l'informazione mi provoca disagio.

#### DISPOSIZIONI GENERALI

So che si definiscono così "provvedimenti di sostegno vitale" le



#### CARTA DI AUTODETERMINAZIONE

N° \_\_\_\_\_  
Sig.ra \_\_\_\_\_  
nata/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

#### DICHIARAZIONE

Alla mia famiglia, ai medici curanti e a tutti coloro che saranno coinvolti nella mia assistenza, lo sottoscritto/a, essendo attualmente in pieno possesso delle mie facoltà mentali, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere qualora mi ammalassi:

	Sì	No
1 Voglio essere informato sul mio stato di salute, anche se l'informazione mi provoca disagio.		
2 Voglio essere informato sui vantaggi e sui rischi degli esami diagnostici e delle terapie		
3 Autorizzo i curanti ad informare, anche senza il mio consenso, le seguenti persone:		

Chi ha scelto "No" riguardo alla disposizione 1 può terminare qui la compilazione apponendo una firma.

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Chi invece ha scelto "Sì" riguardo alla disposizione 1 è opportuno che preghi la lettera in modo da formulare altre disposizioni di carattere generale e particolare.

Sono consapevole che potrebbe accadere in futuro di perdere la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni, ma, poiché voglio esprimere comunque il mio diritto di scelta, formulo qui di seguito alcune disposizioni che desidero vengano rispettate. Resta inteso che queste disposizioni perdono il loro valore qualora, in piena coscienza, io decida di annullarle o di sostituirle con altre.

#### DISPOSIZIONI GENERALI

So che si definiscono così "provvedimenti di sostegno vitale" le misure urgenti senza le quali il processo della malattia porta in tempi brevi alla morte. Esse comprendono la rianimazione cardiopolmonare in caso di arresto cardiaco, la ventilazione assistita, la dialisi (rene artificiali), la chirurgia d'urgenza, le trasfusioni di sangue, le terapie antibiotiche e l'alimentazione artificiale.

Sono consapevole che, qualora venissero iniziati e proseguiti su di me tutti i possibili interventi capaci di sostenere la mia vita, potrebbe accadere che il risultato sia solo il prolungamento del mio morire o il mio mantenimento in uno stato di incoscienza o di demenza. Formulo perciò le seguenti scelte riguardo ai provvedimenti di sostegno vitale.

#### DISPONGO CHE QUESTI INTERVENTI:

1	<input type="checkbox"/> SIANO <input type="checkbox"/> NON SIANO	iniziati e continuati se il loro risultato fosse il prolungamento del mio morire
2	<input type="checkbox"/> SIANO <input type="checkbox"/> NON SIANO	iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mio mantenimento in uno stato di incoscienza permanente e privo di possibilità di recupero
3	<input type="checkbox"/> SIANO <input type="checkbox"/> NON SIANO	iniziati e continuati se il loro risultato fosse il mio mantenimento in uno stato di demenza avanzata non suscettibile di recupero

Chi ha scelto "SIANO iniziati" in tutte o in alcune tra ipotesi, può concludere qui la compilazione apponendo una firma.

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Chi ha scelto "NON siano iniziati" in almeno una di queste tre situazioni, è opportuno che continui la compilazione delle seguenti Disposizioni Particolari, che ribadiscono in modo esplicito la rinuncia o la richiesta di alcuni interventi a proposito dei quali è più facile che nascano controversie.

FAI TESTAMENTO  
NEL TUO COMUNE.  
E' BIOLOGICO  
E A KM ZERO



#### DISPOSIZIONI PARTICOLARI

	Sì	No
7		
8		
9		
10		

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Le disposizioni seguenti possono essere sottoscritte *subsequentemente* dalle precedenti, anche se non si è eseguito alcuna scelta.

#### DISPOSIZIONI RIGUARDANTI L'ASSISTENZA RELIGIOSA

	Sì	No
1		
2		

#### DISPOSIZIONI DOPO LA MORTE

	Sì	No
1		
2		
3		
4		
5		

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

#### NOMINA DEL FIDUCIARIO

Consapevole del fatto che le disposizioni suddette riguardano situazioni complesse, imprevedibili, dove non sempre è agevole per i curanti esprimere una chiara valutazione del rapporto tra sofferenze e benefici di ogni singolo atto medico, nomino mio rappresentante fiduciario:

Il/la Sig.ra \_\_\_\_\_

nata/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

che si impegna a garantire il scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente Carta e a sostituirsi a me per tutte le decisioni non contemplabili sopra, qualora io perdessi la capacità di decidere o di comunicare le mie decisioni.

Nel caso che il mio rappresentante fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione, delego a sostituirlo in tale compito:

Il/la Sig.ra \_\_\_\_\_

nata/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Questo atto avviene il \_\_\_\_\_ in presenza della Sig.ra \_\_\_\_\_ nata/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

che attesta la validità della presente dichiarazione e testimonia che il/la Sig.ra sopra indicati hanno accettato la delega.

Firma del sottoscrittore \_\_\_\_\_

Firma del primo fiduciario \_\_\_\_\_

Firma del secondo fiduciario \_\_\_\_\_

Firma del testimone \_\_\_\_\_

# Vuoto legislativo in Italia

- L'Italia ha ratificato nel 2001 la Convenzione sui diritti umani e la biomedicina (L. 28 marzo 2001, n.145) di **Oviedo** del 1997 che stabilisce che «i desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà saranno tenuti in considerazione.»
- L'unica regione ad aver normato la materia è il Friuli Venezia Giulia, la cui legge è stata impugnata dalla presidenza del consiglio dei ministri, e poi dichiarata illegittima dalla Corte Costituzionale (sentenza 216/2016), stabilendo che una normativa regionale in materia interferisce con la competenza legislativa dello stato e necessita di uniformità di trattamento sul territorio nazionale per ragioni di uguaglianza.
- Anche in assenza di una norma specifica, sono numerosi (oltre 150) i comuni italiani che hanno disposto dei **registri per il testamento biologico**. Iniziative di questo tipo non hanno valore legale - tant'è che nella bozza di testo unificato si parla di un riconoscimento retroattivo di questi registri. Resta il valore politico come messaggio di responsabilizzazione per il legislatore.



SOCIETÀ ITALIANA di CURE PALLIATIVE

DOCUMENTO  
SULLE  
DIRETTIVE ANTICIPATE

Versione del 9.11.2006

# Parere e Raccomandazioni

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

## DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

18 dicembre 2003

### SOMMARIO

1. Premessa
2. Testi di riferimento
3. Le dichiarazioni anticipate alla luce dell'art. 9 della Convenzione sui diritti umani e la biomedicina
4. Astrattezza e ambiguità delle dichiarazioni anticipate
5. Il fiduciario
6. I contenuti delle dichiarazioni anticipate
7. Affidabilità delle dichiarazioni anticipate
8. Vincolatività delle dichiarazioni anticipate
9. Come implementare le dichiarazioni anticipate
10. Raccomandazioni bioetiche conclusive

# Obiezioni alle D.A.T.

- Attualità («ora per allora»): distanza temporale e impossibilità di revoca
- Giudizio da sano, senza vissuto di malattia
- Vitalismo-Principio di indisponibilità della vita (ESV vs EQV)
- Grado di vincolatività per il medico (clausola di coscienza)
- Avvento di una medicina contrattualistica (medico come mero esecutore delle volontà del pz)
- N.A e I.A sono trattamenti sanitari o forme di sostegno vitale?
- D.A.T. = cavallo di Troia per introdurre l'eutanasia (*slippery slope argument*)

*Le direttive anticipate possono essere vantaggiose per una minoranza che possiede il tempo, l'educazione necessaria ed un sufficiente accesso alla consulenza medica," ma non possono comunque supplire, in modo soddisfacente, alla mancanza di comunicazione e di fiducia tra medico e paziente, pertanto il loro successo è subordinato al miglioramento del rapporto tra le due parti"*

David Lamb

«L'etica alle frontiere della vita.  
Eutanasia e accanimento terapeutico»

Bologna, Il Mulino 1998



Senato della Repubblica

DISEGNO DI LEGGE (testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge):

## Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento

Approvato  
dalla Camera  
dei deputati  
20/04/2017

### Art. 1 CONSENSO INFORMATO

(...)3. Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. (...)

5. Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento. Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici. (...)

6. Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale (...)

### Art. 2 TERAPIA DEL DOLORE, DIVIETO DI OSTINAZIONE IRRAGIONEVOLE NELLE CURE E DIGNITÀ NELLA FASE FINALE DELLA VITA

1. Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del MMG e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38.

2. Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente.

#### ART. 4. DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

1. Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari. Indica altresì una persona di sua fiducia, di seguito denominata «**fiduciario**», che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.
4. (...) In caso di necessità, il giudice tutelare provvede alla nomina di un **AdS**, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile.
5. Fermo restando quanto previsto dal comma 6 dell'art. 1, il medico è tenuto al rispetto delle DAT le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita. Nel caso di conflitto tra fiduciario e medico, si procede ai sensi del comma 5 dell'articolo 3.

#### ART. 5. PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE

1. Nella relazione tra paziente e medico di cui all'articolo 1, comma 2, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'équipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità.
4. Il consenso del paziente e l'eventuale indicazione di un fiduciario, di cui al comma 3, sono espressi in forma scritta ovvero, nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, attraverso video-registrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare, e sono inseriti nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. La pianificazione delle cure può essere aggiornata al progressivo evolversi della malattia, su richiesta del paziente o su suggerimento del medico.

# Pianificazione Anticipata e Condivisa delle Cure

- Fondamento etico: principio di autonomia e dottrina del C.I.
- Definizione: Processo in cui il pz, insieme ai curanti ed ai suoi familiari o persone a lui care prende delle decisioni circa le proprie future cure. Non solo sui trattamenti ma sull'assistenza in generale.

Il paziente:

- ✓ Esplicita le sue volontà in relazione a stati patologici futuri
- ✓ Esplicita le sue scelte di trattamento o non trattamento
- ✓ Nomina un fiduciario che decide, in caso di futura incapacità del paziente

OBIETTIVI:

- ✓ Permettere che le volontà del pz siano rispettate nel momento in cui perderà l'effettiva "competence" ma resterà giuridicamente capace e titolare del consenso;
- ✓ Ridurre i rischi di trattamenti in difetto o in eccesso (under or over-treatment);
- ✓ Ridurre il peso emotivo delle decisioni che altrimenti graverebbero sui familiari;
- ✓ Prevenire conflitti decisionali fra i familiari e/o fra familiari e curanti.

*«La (PAC)...non deve essere confusa né con il C.I. che si può rendere necessario successivamente a seconda della terapia proposta, né con le DAT, che hanno tutt'altra natura e scopo. La PAC vuol dare, mediante un profondo processo comunicativo, un indirizzo clinico e professionale sulla continuità assistenziale in tutto il suo dinamismo evolutivo in ogni singolo caso, rispettando sempre il vissuto esistenziale del paziente.»*

Parere «Pianificazione anticipata e condivisa delle cure. Le insufficienze d'organo end stage»

Consiglio Sanitario Regione Toscana

## Prerequisiti di una PACC:

- Consenso progressivo: il pz ha diritto di conoscere diagnosi, prognosi, aspettativa di vita;
- Tener conto del precedente percorso informativo con gli specialisti (ruolo fondamentale del MMG);
- Graduale percorso di consapevolezza (rispettando tempi e fragilità del pz)

## Ruolo del curante:

- Informare il pz circa le sue reali condizioni di salute o di malattia.
- Correggere incomprensioni, errori circa la prognosi ed il rapporto fra oneri e benefici dei vari trattamenti.
- Aiutare il pz a chiarire quali sono, dal suo punto di vista, gli obiettivi che vorrebbe che la medicina lo aiutasse a raggiungere.
- Aiutare il pz a identificare le sue preferenze circa i trattamenti possibili nel periodo terminale della vita.

# Scelte di cura

1) **Luoghi** (setting assistenziali: casa con CP domiciliari, ambulatorio, hospice, ospedale...)

2) **Tempi** (evoluzione malattia e percorso di accettazione della malattia e della morte)

3) **Modi**

- Quali e quante cure? (Futili, proporzionate, appropriate...)
- Tradizionali o Palliative? Simultanee!
- Prosecuzione o interruzione dei trattamenti?
- Desistenza terapeutica
- Azioni - Omissioni (differenza sul piano etico e giuridico fra uccidere e lasciar morire)
- Piano clinico - piano legale - piano etico/deontologico

# Legge 15 marzo 2010, n° 38.

“Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” (Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010).

La promulgazione della legge ha consentito di inserire le cure palliative nei LEA,

di considerare anche il trattamento del dolore

nella cartella clinica e nella SDO, di attribuire una categoria alle visite per la terapia del dolore,

nonché di semplificare la prescrizione di farmaci antalgici.

Finalmente si parla di Cure Palliative come diritto, anche per il malato non oncologico!



**NON PROVARE DOLORE,**  
che sia di tipo non solo oncologico,  
ma anche transitorio,  
acuto o da patologia cronica,  
**È UN DIRITTO ESIGIBILE PER TUTTI!**

- **Rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica**

All'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, devono essere riportati le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito.

- **Reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore**

Il Ministero promuove l'attivazione e l'integrazione di due reti della terapia del dolore e delle cure palliative che garantiscono ai pazienti risposte assistenziali su base regionale e in modo uniforme su tutto il territorio nazionale.

L'Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2010 sulle "linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore", stabilisce che venga costituito, con appositi provvedimenti regionali e aziendali, una struttura specificatamente dedicata al coordinamento della rete di cure palliative e di terapia del dolore.

- **Semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore**

La legge modifica il Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza (DPR 309 del 1990) semplificando la prescrizione dei farmaci oppiacei non iniettabili: ai medici del Servizio sanitario nazionale sarà consentito prescrivere tale classe di farmaci non più su ricettari speciali, ma utilizzando il semplice ricettario del Servizio sanitario nazionale (non più quello in triplice copia).

- **Formazione del personale medico e sanitario**

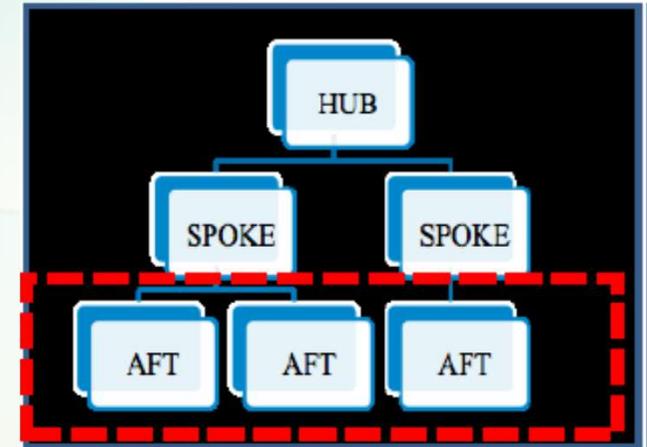
Con decreti del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, verranno individuati specifici percorsi formativi in materia di cure palliative e di terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative; verranno inoltre individuati i criteri per l'istituzione di master in cure palliative e nella terapia del dolore.

La legge prescrive che in sede di Conferenza Stato-Regioni, su proposta del Ministro, vengano individuate le figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore.

Il Ministero avrà un ruolo fondamentale nella concreta ed uniforme attuazione delle disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

# Ruolo dei MMG

I MMG in base alla loro zona di competenza sono organizzati in Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) prestano cure antalgiche direttamente alla maggior parte dei propri assistiti, mentre i casi più gravi vengono indirizzati al Centro di Terapia del Dolore (HUB) attivo sul territorio, oppure negli Ambulatori di terapia antalgica (SPOKE)



La medicina generale *fornisce la prima risposta diagnostica e terapeutica* ai bisogni della persona con dolore; *indirizza il paziente*, quando necessario e secondo criteri condivisi di appropriatezza, allo Spoke/centro ambulatoriale di terapia del dolore o all'HUB/centro ospedaliero di terapia del dolore, *e garantisce la continuità* della gestione nell'ambito di percorsi definiti nella rete.

I compiti del MMG:

- ✓ Conoscere e applicare i Percorsi Diagnostici e Terapeutici Riabilitativi (PDT-Dolore)
- ✓ Effettuare una diagnosi del tipo di dolore
- ✓ Misurarne l'intensità e l'impatto sulla QdV
- ✓ Registrare i dati nel fascicolo del pz (art. 7 L.38-2010) e impostare la Terapia
- ✓ Inviare ai Centri HUB & SPOKE

# MMGcPI

## MMG con particolare interesse per le Cure Palliative

- Medico di Cure Primarie che mantenendo la specificità della propria attività come medico di famiglia e avendo acquisito maggiori competenze in C.P., svolge nei confronti dei colleghi attività di consulenza tra pari, formazione sul campo, facilitazione dei percorsi assistenziali.
- Il MMGcPI resta un MMG esperto in cure primarie e non deve in alcun modo sostituire o sovrapporsi al Palliativista.
- Il MMGcPI opera prima dell'attivazione del livello base delle CP domiciliari; la sua attività è primariamente rivolta all'identificazione dei malati candidabili ad entrare nel percorso di C.P. Il suo ruolo è infatti di facilitatore per l'attivazione di tali percorsi.

Documento di proposte condivise dalla SICP e dalla SIMG:

*«Il Medico di Medicina Generale con Particolare Interesse in Cure Palliative: descrizione delle attività»*

Sono stati selezionati e rielaborati alcuni compiti del MMGcPI contenuti nel “Core Curriculum del MMGcPI” (sicp - simg 2012) e a questi sono stati aggiunti alcuni ulteriori compiti. Nel doc vengono elencati compiti, azioni, modalità-strumenti ed il carico di lavoro stimato, suddivisi in 3 Aree: Clinica, Formazione, Organizzazione

Centro Studi



INDAGINE 2012-2013 condotta da Doxa  
per conto del Centro Studi Mundipharma

**PAZIENTI**  
**500 interviste**

Campione nazionale  
di soggetti  
di età 25-64 anni,  
che hanno utilizzato  
antidolorifici  
negli ultimi 6 mesi

Metodo di rilevazione:  
**INTERVISTE ONLINE**

**FARMACISTI**  
**100 interviste**

Campione nazionale  
di titolari /responsabili  
di farmacie

Metodo di rilevazione:  
**INTERVISTE TELEFONICHE**

**MMG**  
**100 interviste**

Campione nazionale  
di Medici di  
Medicina Generale

Metodo di rilevazione:  
**INTERVISTE TELEFONICHE**

# Sintesi delle principali evidenze

## MEDICI DI MEDICINA GENERALE

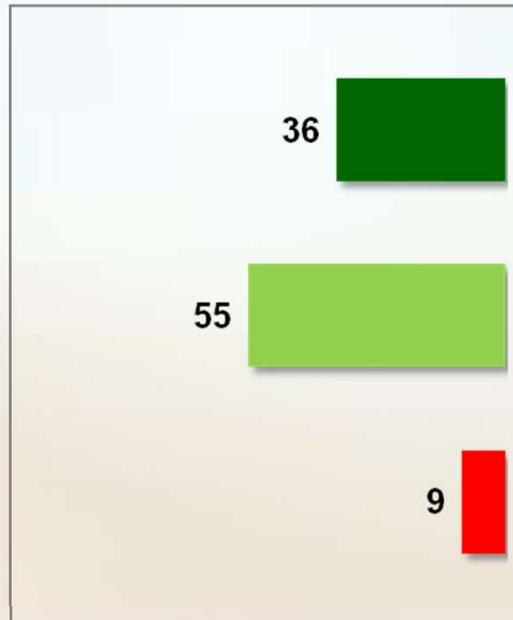
- Il **dolore è molto diffuso presso i pazienti** dei MMG: il 30% dei pazienti ne soffre.
- **Oltre l'80% dei MMG è autonomo** nella diagnosi della patologia e autonomo nella prescrizione della terapia, ma **solamente 11 prescrizioni su 100 sono di oppioidi**, mentre le restanti si concentrano su FANS (72%) e antipiretici (15%).
- **Il 22% dei MMG non conosce un marchio di oppioide** per il dolore e il 67% dei MMG non ha un oppioide di riferimento prescrittivo.
- Il 65% delle prescrizioni attuali di **oppioidi** riguarda pazienti con dolore cronico e, in particolare, il **43% nel dolore oncologico**. Il 69% dei MMG pensa in futuro di prescrivere più oppioidi.
- Per i MMG gli **effetti collaterali dei FANS** sono più rilevanti rispetto a quelli degli oppioidi (6,8 vs 5,2).
- **Nel giudizio del MMG, gli oppioidi sono superiori ai FANS sia per efficacia sia per tollerabilità** e, per questi motivi, i MMG sono favorevoli all'utilizzo degli oppioidi non solamente nel dolore oncologico ma anche negli altri tipi di dolore.
- La **Nota 66** e la **Legge 38** sembrano aver inciso sugli orientamenti dei MMG: il 70% dichiara una propensione prescrittiva per gli oppiacei in aumento. Permane tuttavia un **evidente gap tra un'attitudine così positiva e i comportamenti realmente attivati**. I clinici continuano a privilegiare la prescrizione di farmaci con cui hanno maggiore familiarità e che non necessitano di un'argomentazione più approfondita, per vincere timori e pregiudizi dei pazienti nei confronti degli oppioidi.

# Il trattamento del dolore

**PAZIENTI** → *RUOLO DEL MEDICO DI FAMIGLIA*

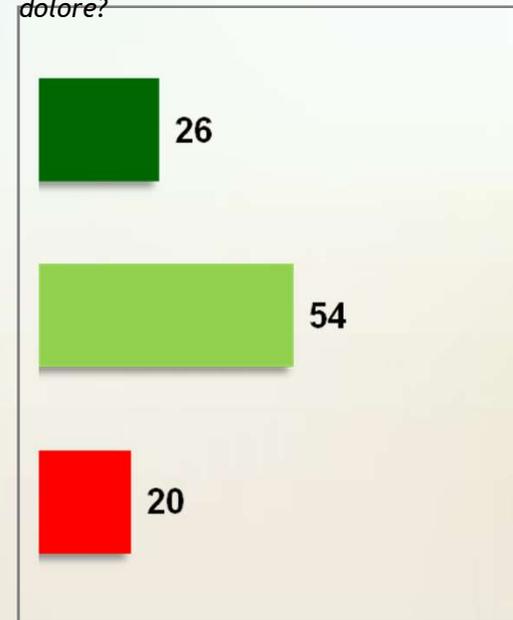
## IMPORTANZA RICONOSCIUTA

Quanto reputi importante affidarsi al **PARERE DEL MEDICO DI FAMIGLIA** per decidere quale farmaco utilizzare contro il dolore?



## IMPATTO REALE SULLA SCELTA

E nella tua esperienza personale, in quale misura diresti che il **MEDICO DI FAMIGLIA** influisce concretamente sulla scelta dei farmaci che utilizzi abitualmente contro il dolore?



Rispondenti: 500

Indagine Centro Studi MundiPharma su 500 pz intervistati online: soggetti di età 25-64 anni, che hanno utilizzato antidolorifici negli ultimi 6 mesi



# Indagine conoscitiva marzo 2017 Fondazione Gigi Ghirotti

Osservatorio per il monitoraggio della Terapia del dolore e Cure Palliative:

l'informazione non arriva in modo fluido dai MMG (a cui si è rivolto il 64% dei pazienti) che di fronte al dolore prescrivono farmaci, ma non consigliano quasi mai (solo il 35% lo fa) il ricorso ai Centri di terapia.

«*Pianificazione anticipata e condivisa delle cure.  
Le insufficienze d'organo end stage*»  
**Parere Consiglio Sanitario Regione Toscana**

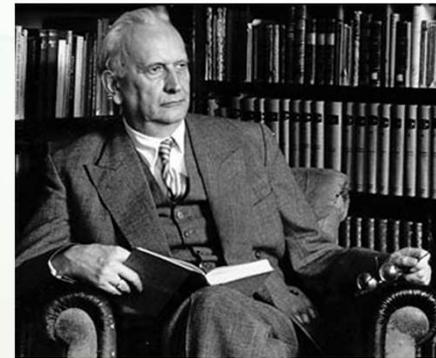
Il ruolo del MMG risulta centrale perché può identificare precocemente i malati cronici che si avvicinano alla fase end stage e quindi è in grado, prima che intervengano condizioni d'urgenza, di rendere consapevoli il malato e la sua famiglia della situazione reale, in sintonia con lo specialista d'organo, allo scopo di realizzare un percorso condiviso e pianificato di assistenza per un accompagnamento dignitoso alla fine della vita. Si evita così di delegare una scelta così importante, quale quella di non praticare interventi invasivi, al medico dell'emergenza o allo specialista di turno in ospedale, che spesso non conoscono il pz e la sua storia, e si trovano di fronte ad un malato inconsapevole della prognosi mentre i familiari insistono per l'intervento, temendo l'abbandono terapeutico.

La presa in carico territoriale del pz cronico da parte di un team di professionisti che agisce in modo proattivo è il fondamento di una sanità efficiente e efficace; la Regione Toscana ha scelto questo modello nel progetto "Sanità di Iniziativa", e ha ben definito nell'Accordo Integrativo Regionale 2012 con i MMG, il passaggio dalla presa in carico della singola patologia cronica a quella del pz cronico nella sua complessità;

Un percorso clinico-assistenziale con l'obiettivo delle Cure Palliative simultanee a quelle specialistiche, maturato in un modello di pianificazione delle cure, basato sulla redazione di un PAI (Piano Assistenziale Individualizzato) e sulla logica di PAC (Pianificazione Anticipata delle Cure), rappresenta la scommessa dei prossimi anni per il passaggio alle cure palliative dei pazienti non oncologici con malattie croniche evolutive e per una più appropriata assistenza di questi sul piano etico e clinico.

# LA TERAPIA MEDICA POGGIA SU DUE PILASTRI:

- La conoscenza scientifica e l'abilità tecnica
- L'umanità



*Dunque cosa deve fare un buon medico?*

“essere d’ausilio dal punto di vista somatico ma anche aiutare l’uomo che si trova irretito in sé stesso a riconoscere il senso della sua malattia”

Karl Jaspers: Il medico nell'età della tecnica

«Attraverso l'intimità con i suoi malati, il medico perviene, nella sua sobrietà, all'esperienza umana. Di fronte al bisogno egli giunge, nella pratica, alla visione filosofica, all'eterno, quella visione che, sola, sa volgere in bene il progresso. Il medico che costringe il ricercatore presente in lui a essere cosciente dei propri limiti, che attraverso la riflessione cede la guida al filosofo che è in lui, di fronte ai pericoli mortali provocati dalle conseguenze della tecnica e dei fuochi fatui, potrebbe trovare, per conto di tutti, la via che conduce fuori dalla prigione del limitato pensiero intellettuale. Forse è ai medici che spetta lanciare il segnale...», nel ricordo della frase ippocratica: "non mi interessa che tipo di malattia ha quell'uomo, ma che tipo di uomo ha quella malattia". Invero, oggi la medicina moderna cerca la verità nell'oggettività, mediante un modello che comporta perdere di vista l' "uomo malato".

Finchè la medicina considera il corpo nel suo isolamento, come corpo (Körper) e non come corpo vivente in un mondo (Leib), finchè si limita a raccogliere fatti, invece di interrogare i fenomeni, [...] la medicina non potrà che collegare una serie di "dati insignificanti", aver scelto quel terreno delle scienze positive dove i significati sono esclusi, perchè il metodo esige che ci si attenga esclusivamente ai fatti.»

**Karl Jaspers: *Il medico nell'età della tecnica* - 1958**



Gracie