



L'ETICA NELLA MEDICINA

Riportiamo, una relazione del Dottor Faggioli che pone le basi per una riflessione sulla "professione medica" deontologicamente etica e corretta.

La tutela della vita è dovere del medico, prima facie, ancorchè confrontato con altri valori e altri diritti, tra cui, rispettivamente, la dignità e la qualità della vita e il diritto inalienabile di libertà e di autonomia della persona, cui un'alta dottrina conferisce peraltro valenza assoluta ed obbligatoria.

Dalla visione antropologica del Cristianesimo: l'Uomo è una "persona" intendendo ciò nel senso filosofico più pieno e forte; cioè un essere che esiste in sé e per sé; che porta in sé la ragione, il significato e il valore del proprio esistere; che non può essere subordinato ad altri (ogni persona è pari in dignità e valore).

L'Uomo è una unità psicofisica, una totalità unificata: il corpo è costitutivo della persona nel senso che non è elemento estrinseco o accessorio, ma un "segno" della persona, il "luogo" ove essa si esprime e si realizza; l'Uomo è creatura di Dio, non si è fatto da sé l'uomo perciò esiste in quanto progetto della sapienza di Dio.

Secondo la teoria personalista: la PERSONA è UNITA' di SPIRITO e di CORPO i beni della vita relazionale, quali i beni affettivi e sociali, debbono subordinarsi a due beni superiori: la vita (in quanto tale) e la sua integrità.

Su questo ultimo punto personalmente ritengo che anche una etica laica possa trovare accordo, partendo dall'assunto che la persona umana (sia per il laico che per il credente) è un fine e non un mezzo è pur vero tuttavia che nel panorama del pensiero laico sono presenti punti di vista che subordinano l'interesse della collettività a quello dell'individuo, e quindi sono orientati a considerare valore preminente quello sopra questo.

E' questo uno dei punti in cui la divergenza di posizioni etiche viene conciliata o superata dalle "norme" di legge o deontologiche che la collettività stessa si dà.

Tuttavia il concetto di persona come sopra definito è quello che ci consente di "valorizzare" i valori di ogni individuo, annullando i dis-valori indotti dalle diversità che assumono come tali connotazione negativa.

Il medico si pone (finora) in una posizione "asimmetrica", per cui si stabilisce una relazione "impari" se non si accetta come parte costituente della libertà del medico anche la libertà del paziente, che non può però essere subordinata.

Ecco perchè il contratto che diventa rispettoso della LIBERTA' è l'ALLEANZA TERAPEUTICA.

Da un lato è dominante il dovere del medico di informare, dall'altro il diritto del malato di sapere, un dovere e un diritto che esaltano la libertà dell'Uomo nell'ambito di una nuova alleanza; ancorchè, spesso, ...il malato non voglia esercitare, o addirittura rinneghi, il diritto a sapere, consentendo al medico una prudente reticenza, nel costante rispetto della dignità della persona.

E' tautologico dire che non si tratta di insegnare valori morali bensì un modello di ragionamento che assume il dubbio come punto di partenza.

A questo punto l'incertezza di cui parlavamo permane, ma non è più angosciata: anzi, è vissuta come incremento della propria consapevolezza.

Le scelte di economia sanitaria, tradotte nel concreto, significano opportunità di salute offerte ad alcuni cittadini e sottratte ad altri.

Bisogna decidere chi favorire, a spese di chi, ed eventualmente esplicitare con quali criteri viene fatta la scelta.

Le decisioni relative alle allocazioni delle risorse sono di diverso tipo (macro - o micro) e conseguentemente di diversi impatto emotivo.

Quando si tratta di microallocazioni l'emozione connessa con la scelta di compromettere la vita di una determinata persona è spontanea e dirompente. Meno evidente, ma non meno reale, è la drammaticità delle macroallocazioni.

La necessità di contenere i costi si presenta in questa analisi non come estranea all'atto medico, ma intrinseca allo stesso processo della decisione clinica. Il costo di un trattamento non è irrilevante nel decidere quale è la "buona medicina".

Il principio di beneficiabilità richiede che il medico faccia tutto il possibile per il paziente, senza tenere conto dei costi.

I medici rivendicano l'autorità morale di essere esentati dalla considerazione dei costi nella loro azione rivolta alla cura della salute.

Un secondo pilastro della moralità medica tradizionale è il riferimento alla sacralità della vita e il rispetto assoluto di essa.

Vita umana e denaro sono due grandezze non equiparabili, che l'etica medica rifiuta di mettere sui due piatti della stessa bilancia.

La riflessione etica pone problemi, non possiede soluzioni precostituite; rispetta posizioni filosofico-religiose diverse, divergenti e spesso conflittuali.

Essa è una metodologia, uno strumento e un mezzo per conciliare diversità e soggettivismi, per perseguire l'interesse maggiore di tutti nel rispetto dei valori più ampiamente condivisi.

In epoca primitiva il concetto salute-malattia faceva parte dell'ordine soprannaturale delle cose; la salute era un dono, la malattia un castigo e la relazione fra il paziente e la cura era basata sulla magia.... la malattia come entità diviene il principale interesse nel corso del 18° secolo, quando un deciso mutamento della mentalità medica chiarisce che è il paziente a dover essere trattato e non la malattia.

Così il medico cessa di essere semplicemente un uomo di scienza.

Nel 1955 lo psicanalista e medico inglese BALINT pubblicò "Medico, paziente e malattia" nel quale, oltre a fare persuasive affermazioni sugli aspetti psicologici del paziente, diede rilievo alla necessità di considerare gli aspetti psicologici del medico stesso nel suo rapporto con il paziente.

Negli ultimi 40 anni il modello di rapporto Medico-Paziente è passato da una concezione di relazione paternalistica da parte del medico, ad un modello di rapporto che rafforza l'autonomia del paziente.

Ci si dovrebbe avviare verso una basilare educazione sia del Medico che del Paziente ad una mutua alleanza al fine



di trattare le infermità.

L'attuale paradigma è ampiamente fondato sulla presa in carico del paziente, quindi l'approccio clinico-terapeutico dovrebbe essere applicato in sintonia con questo concettoprendendo in considerazione l'uso di ogni possibile risorsa e strumento terapeutico che agisca sui livelli bio psico sociali di salute-malattia uno di questi strumenti si trova nella stessa relazione medico-paziente.

Negli anni recenti la comunicazione è stata uno degli argomenti principali di studio in Medicina. Le attività relazionali di "ascoltare", "comprendere" e "spiegare" sono abilità cruciali perchè favoriscono il rapporto medico-paziente una buona comunicazione medico-paziente o paziente-medico dovrebbe essere basata non solo sugli aspetti informativi ma anche su quelli emozionali.

Queste capacità sono le basi del terzetto terapeutico di ogni atto medico: "sapere come essere" "sapere come ascoltare" "sapere come agire".

La terza "sapere come agire" è l'area degli atti medici terapeutici in cui si trattano i sintomi e si contengono le ansie del paziente.

La questione di come i fattori psicologici agiscono nella relazione Medico-Paziente avrebbero tante risposte quanti sono gli incontri che tra curante e malato hanno luogo, specialmente se ciascuna relazione di questo tipo è considerata unica e irripetibile.

Nel complesso potremmo dire che il più appropriato tipo di rapporto medico-paziente è quello centrato sul paziente, il cui oggetto ed obiettivo è il paziente, con ogni altra cosa, compreso il fatto di porsi in secondo piano rispetto a lui.

Una relazione medico paziente terapeutica è quella che favorisce, quanto più possibile in ciascun caso, sollievo emotivo nel paziente, poichè questo ha un importante effetto positivo in tutti i tipi di trattamento.

Con questa premessa non si ottiene solo la cura emotiva del paziente, ma anche la cura psicologica di se stesso come professionista e di conseguenza della relazione con il paziente.

Nonostante il contesto di Stato sociale così come è predisposto giochi un ruolo importante in questa relazione (fonti di stress, coinvolgimento emotivo eccessivo, burnout syndrome,...) è essenziale per il medico (o ogni altro professionista) essere in grado di mantenersi in ogni situazione su un livello psicologico e relazionale, specialmente riguardo la questione dell'ansia.

La soddisfazione di entrambi i membri della relazione, paziente e medico, è strettamente connessa ed ha una influenza determinante sul grado di soddisfazione terapeutica e di efficienza istituzionale.



CASA DI CURA: LA QUALITA' E L'ECCELLENZA PER LE ARTROPROTESI

**Le Artroprotesi d'anca:
sviluppi clinici e scientifici in Italia e in
casa di cura S. Maria Maddalena**

È terminato presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), lo "Studio Nazionale per l'implementazione di un nuovo flusso informativo su base multiregionale in tema di impianti di protesi di anca", al quale ha partecipato anche il dottor Gustavo Zanoli, chirurgo ortopedico presso la Casa di Cura. Al di là del titolo un po' "criptico", lo studio presenta importanti risvolti non solo per i chirurghi ma anche per amministratori e pazienti. Abbiamo chiesto al dottor Zanoli di spiegarci perché.

Cos'è questo flusso informativo multiregionale ?

È un giro di parole per indicare quello che noi chirurghi chiamiamo un "registro" delle protesi. In Norvegia e Svezia, dove ho lavorato, esiste da 30 anni. L'Emilia Romagna ha iniziato da 9 anni, ma bisogna rintracciare "l'esito" dei pazienti operati anche altrove. Ecco perché il Ministero ha incaricato l'ISS di organizzare un registro nazionale che stimoli le regioni e ne raccolga i dati.

Ma in pratica cosa si fa?

Si tratta di raccogliere alcuni dati tecnici al momento del primo impianto di una protesi, e registrare i successivi interventi sulla stessa articolazione. È una forma di controllo di qualità, che con il tempo (almeno 10 anni) consente a tutti di fare delle scelte basate su evidenze scientifiche.

Non sembra una cosa difficile.

E invece lo è. Basta pensare che nessun grande paese ci è ancora riuscito. Stati Uniti, Francia e Germania non hanno un registro nazionale, nonostante vari ten-

tativi.

Esiste già un registro protesico anche presso la casa di cura?

Dal 1 gennaio 2009 i chirurghi che effettuano protesi d'anca (il dottor Giuseppe De Rito e il dottor Gianni Scillone e il dott. Zanoli,) registrano su supporto informatico. Il numero di interventi - già consistente - è in continua crescita, grazie alla collaborazione con la UORF del dottor Primo Bacciglieri che garantisce la riabilitazione. Il passo successivo sarà stimolare la nascita di un registro veneto, ma prima sarà possibile - grazie all'ISS - inviare dati al database centrale.

Va bene per i chirurghi e gli amministratori, ma ai pazienti cosa importa?

Un chirurgo che tiene traccia e analizza regolarmente i propri dati (e i propri insuccessi) è sicuramente un chirurgo migliore. Oltre alla trasparenza e alla fiducia che tale operazione ispira spontaneamente, con queste informazioni sarà in grado di effettuare scelte sempre più appropriate.

NUOVA STRUMENTAZIONE PER SCONFIGGERE LA MIOPIA

In Casa di Cura è operativa dal 1° settembre scorso una nuovissima attrezzatura per sconfiggere la miopia in modo definitivo. Risulta essere nel circondario l'unica attrezzatura funzionante, concorrente solo a quella del "S. Anna" di Ferrara.

Il paziente affetto da difetti visivi (miopia, ipermetropia ed astigmatismo) una volta subito il trattamento in 15' recupera efficientemente la sua vista. In questa prima fase all'installazione seguirà un periodo di prove e di test e quindi nel breve periodo sarà garantito per due giorni al mese la prestazione presso il servizio oculistica di Casa di Cura, guidato dal Dottor Annunziato Severini.

Il trattamento ancora non è pagato dal SSN perché considerato un intervento di chirurgia estetica.

Riflessione.....

(testo tratto dal n. 1 luglio 1998 di C.D.C NEWS)

Scrivete la Dottoressa A. Pellegrini:

"...Questo giornalino è il primo risultato visibile a tutti.

Siamo nati come periodico informativo, fatto da tutti noi: chi ha partecipato si è divertito e speriamo che altri si facciano avanti per aiutarci a realizzare i prossimi numeri.

L'aspettativa è che tutti, un po' alla volta si sentano parte di una realtà nuova, diversa, ma sempre la stessa, nel senso che ciò che abbiamo fatto finora è stato fatto bene ma possiamo migliorare.

D'altronde si cambia ogni giorno, perché non augurarci di farlo in meglio. Buon lavoro".

Sono parole valide ancor oggi per migliorare la partecipazione a "Newsletter Casa di Cura".

FORMAZIONE: PROGRAMMA VERSO LA CONCLUSIONE

Secondo le indicazioni della Dottoressa Maddalena Pellegrini "positivamente si sta concludendo il ciclo degli incontri formativi per l'anno 2009". Qui sotto riportiamo le ultime date del programma.

L'incontro del 21 settembre scorso, organizzato assieme ad AIOF Veneto, è stato illustrato dall'infettivologo Professor Cutrera dell'Università di Ferrara ed è stato interessante per l'attualità del tema: "l'influenza da virus A H1N1: prevenzione, sorveglianza e controllo".

La stampa locale ha dato molto risalto alle indicazioni pratiche fornite dal Professor Cutrera.

Anche il corso del prossimo 6 ottobre e 10 novembre è molto

appropriato per Casa di Cura: "Movimentazione carichi - pazienti - legge 81-2008".

Ce lo spiega il Dottor Primo Bacciglieri: "Il corso nasce dalla esigenza di fare conoscere a tutto il personale dell'azienda le modalità di corretta movimentazione dei carichi con particolare riferimento alla movimentazione dei pazienti sia completamente dipendenti che con autonomie motorie residue. Il corso ha la finalità di addestrare gli operatori, in primo luogo nella prevenzione del rischio d'infortunio, da movimentazione di carichi sia per il paziente ma anche per se stessi indicando di volta in volta le manovre corrette da eseguire e le posture da mantenere con particolare riferimento alla tutela del rachide. Nell'ambito del corso saranno inoltre forniti elementi di valutazione atti a far comprendere la potenziale autonomia del paziente, in un'ottica squisitamente riabilitativa, mirata a promuoverne l'autonomia pur garantendone la massima sicurezza. Sarà inoltre avviata la definizione di una procedura specifica sull'argomento trattato".

CORSI ECM 2009 A CURA DEL COMITATO FORMAZIONE CASA DI CURA

TITOLO CORSO	DATA	ORE	ECM
PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI ORIGINATI DA MOVIMENTAZIONE DI CARICHI CON PARTICOLARE RIFERIMENTO A PAZIENTI CON DISABILITÀ MOTORIA COMPLETA ED INCOMPLETA	1° Edizione 6 Ottobre	4	5
	2° Edizione 10 novembre	4	
LA PROFILASSI ANTIBIOTICA: LINEE GUIDA PER L'USO DEGLI ANTIBIOTICI	1 edizione 9 ottobre	4	5
LA PREVENZIONE DELLE CADUTE NEI PAZIENTI RICOVERATI	1 edizione 24 novembre	4	5

Ogni corso prevede 25 posti ad eccezione del corso del 21 settembre che ne prevede 50

Prossima uscita Dicembre 2009

"CASADICURANotizie" ha bisogno del contributo di tutti, dipendenti e collaboratori. Perciò attendiamo le "tue notizie". Grazie

Casa di Cura S. Maria Maddalena

Accreditata con l'Azienda ULSS 18 - Rovigo

Via Gorizia, 2 - S. Maria Maddalena - 45030 Occhiobello (RO)

Tel.: 0425 768 411 - Fax: 0425 768 460 - web: www.casadicura.it - e-mail: info@casadicura.it