



Università degli studi di Modena e Reggio Emilia
Cattedra di Chirurgia Toracica
Struttura Complessa di Chirurgia Toracica
Prof. Uliano Morandi

Il primato della coscienza di fronte ai casi medici difficili

MODENA, 13 maggio 2015



Il primato della coscienza è un concetto che è stato recentemente ripreso in un confronto serrato tra Papa Francesco che ne ha riaffermato l'importanza ed alcuni filosofi laici che ne hanno contestato l'interpretazione.



Ian Buruma (accademico olandese):

“Il primato della coscienza di Papa Francesco ben si accorda
con l'estremo individualismo della nostra epoca”





Ma veramente Papa Francesco è un
sostenitore di questo estremo
individualismo?





1. Esiste un bene comune a tutti gli uomini, universale, oggettivo, che non dipende dalle circostanze o dai sentimenti o dalle emozioni, ma che si sostanzia nella natura delle cose.
2. Tale bene consiste in ciò che favorisce la vita e come tale ogni uomo può riconoscerlo mediante la luce o la voce della propria coscienza.

Vito Mancuso 2013



La capacità di riconoscere il bene oggettivo mediante la coscienza soggettiva viene espressa dal cattolicesimo con il concetto di

sinderesi (dal greco syneidesis= coscienza)

definito come la percezione dei **"principi della moralità"**.



La *sinderesi* esprime la capacità di ogni coscienza di sapere se si sta agendo per il bene oppure no ed introduce il concetto di “principio di responsabilità”, ovvero il “giudizio responsabile”



E allora ecco la differenza:

Individualismo: Definisce il bene a partire da sé ad uso e consumo dell'individuo **stesso**.

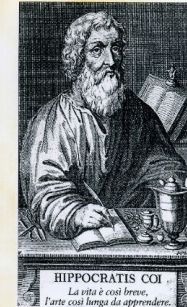
Oggettività del bene: si può riconoscere e praticare solo attraverso la coscienza. Obbedire ad essa significa agire riconoscendo il bene e il male nei confronti del **prossimo**. (Papa Francesco)

Quindi "personalismo" e non "individualismo".



Da qui partiamo noi medici:

- Giuramento di Ippocrate
- Codice deontologico
- Etica professionale
- Codice Civile e Penale



Ippocrate di Kos
460 a.C. - 377 a.C.

Giuramento di Ippocrate

«Ὅμνυμι Ἀπόλλωνα ἰητρὸν, καὶ Ἀσκληπιὸν, καὶ Ὑγίαν, καὶ Πανάκει-
αν, καὶ θεοὺς πάντας τε καὶ πάσας, ἵστωρας ποιούμενος, ἐπιτελέα ποι-
ήσιν κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν ὅρκον τόνδε καὶ συγγραφὴν τήνδε.

Ἠγήσασθαι μὲν τὸν διδάξαντά με τὴν τέχνην ταύτην ἴσα γενέτησιν
ἐμοῖσι, καὶ βίου κοινώσασθαι, καὶ χρεῶν χρηρίζοντι μετάδοσιν ποιή-
σασθαι, καὶ γένος τὸ ἐξ αὐτοῦ ἀδελφοῖς ἴσον ἐπικρινέειν ἄρρεσι, καὶ
διδάξαι τὴν τέχνην ταύτην, ἣν χρηρίζωσι μανθάνειν, ἀνευ μισθοῦ καὶ
συγγραφῆς, παραγγελίης τε καὶ ἀκροήσεως καὶ τῆς λοιπῆς ἀπάσης

μαθήσεως μετάδοσιν ποιήσασθαι υἱοῖσί τε ἐμοῖσι, καὶ τοῖσι τοῦ ἐμὲ διδάξαντος, καὶ μαθηταῖσι συγγε-
γραμμένοις τε καὶ ὠκισμένοις νόμῳ ἱητρικῷ, ἄλλω δὲ οὐδενί.

Διαίτημασί τε χρῆσθαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν, ἐπὶ δόλῃσι δὲ καὶ ἀδικίῃ
εἶρξαι.

Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑψηλίσσομαι ὑμβουλίῃν ταύτην. Ὁμοίως
δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσοῦν φθόριον δώσω. Ἀγῶς δὲ καὶ ὁσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμὴν.

Οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιῶντας, ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτησιν ἀνδράσι πρήξιός τῆσδε.

Ἐς οἰκίαν δὲ ὁκόσας ἂν εἶσω, ἐσελεύσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων, ἐκτὸς ἐὰν πάσης ἀδικίης ἔκουσής καὶ
φθορίης, τῆς τε ἄλλης καὶ ἀφροδισίων ἔργων ἐπὶ τε γυναικείων σωμάτων καὶ ἀνδρώων, ἐλευθέρων τε καὶ
δούλων.

Ἄ ὃ ἂν ἐν θεραπείῃ ἦ ἴδω, ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἀνευ θεραπείης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἃ μὴ χρή ποτε ἐκλαλέ-
εσθαι ἔξω, σιγήσομαι, ἄρρητα ἡγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα.

Ὅρκον μὲν οὖν μοι τόνδε ἐπιτελέα ποίοντι, καὶ μὴ συγχέοντι, εἴη ἐπαύρασθαι καὶ βίου καὶ τέχνης δοξα-
ζομένῳ παρὰ πᾶσιν ἀνθρώποις ἕς τὸν αἰεὶ χρόνον. παραβαίνοντι δὲ καὶ ἐπιορκούντι, τάναντία τουτέων».

«Giuro per Apollo medico e Asclepio e Igea e Panacea e
per gli dei tutti e per tutte le dee, chiamandoli a testimoni,
che eseguirò, secondo le forze e il mio giudizio, questo giu-
ramento e questo impegno scritto: di stimare il mio maestro
di questa arte come mio padre e di vivere insieme a lui e di soc-
correrlo se ha bisogno e che considererò i suoi figli come
fratelli e insegnerò quest'arte, se essi desiderano apprender-
la; di rendere partecipi dei precetti e degli insegnamenti orali
e di ogni altra dottrina i miei figli e i figli del mio maestro e
gli allievi legati da un contratto e vincolati dal giuramento
del medico, ma nessun altro.

Regolerò il tenore di vita per il bene dei malati secondo le mie
forze e il mio giudizio, mi asterrò dal recar danno e offesa.

Non somministrerò ad alcuno, neppure se richiesto, un far-
maco mortale, né suggerirò un tale consiglio; similmente a
nessuna donna io darò un medicinale abortivo.

Con innocenza e purezza io custodirò la mia vita e la
mia arte. Non opererò coloro che soffrono del male della
pietra, ma mi rivolgerò a coloro che sono esperti di ques-
ta attività.

In qualsiasi casa andrò, io vi entrerò per il sollievo dei
malati, e mi asterrò da ogni offesa e danno volontario, e fra
l'altro da ogni azione corruttrice sul corpo delle donne e degli
uomini, liberi e schiavi.

Ciò che io possa vedere o sentire durante il mio esercizio o
anche fuori dell'esercizio sulla vita degli uomini, tacerò ciò
che non è necessario sia divulgato, ritenendo come un segre-
to cose simili.

E a me, dunque, che adempio un tale giuramento e non lo
calpesto, sia concesso di godere della vita e dell'arte, onora-
to degli uomini tutti per sempre; mi accada il contrario se lo
violo e se spergiuro.»

Un gentile omaggio di Snami

Realizzato con il contributo non vincolante di **ratiopharm**



Sui temi legati alla umanizzazione del fine vita

CONDIVISIONE COMPLETA



TEMI SCELTI

- ▶ Indicazione all'intervento chirurgico
(come nasceva e come nasce)
- ▶ Corretta informazione e relazione medico-paziente in rapporto alla patologia oncologica



Su cosa si basava in passato la decisione
dell'atto chirurgico nei casi difficili?





Fondamentalmente sulla cultura, sulla clinica, sull'esperienza e l'intuizione del chirurgo

Perché?

- Pochi esami di supporto alla decisione.
- Scarso spirito di collaborazione

Obiettivo:

- Eliminare o ridurre la sofferenza del paziente
- Ottenerne la guarigione
- Migliorarne la qualità di vita



- Solitudine di chi doveva decidere sia in elezione che, soprattutto, in urgenza.

**PRIMATO DELLA COSCIENZA
PERSONALE DEL CHIRURGO**



Come si è modificata nel tempo la metodologia clinica e la fase diagnostico-terapeutica preparatoria all'intervento chirurgico?

Grande sviluppo dei mezzi diagnostici:

- Immagini (Rx torace, TC, RMN, Ultrasuoni)
- Endoscopia diagnostica, operativa e palliativa (Laser)
- Chirurgia mininvasiva



- Test funzionali cardio-respiratori
- Anatomia patologica (citologia da agobiopsie, EBUS ecc.....)
- Supporti di terapia intensiva e rianimatori
- Nuovi farmaci (antibiotici ed antimicotici anticoagulanti, antiaggreganti, ecc...)



Gestione multidisciplinare del processo decisionale

“Percorsi diagnostico-terapeutici (PDTA)”

Moderna organizzazione della metodologia clinica



Coscienza INDIVIDUALE → Coscienza DIFFUSA

Caso difficile

PAZIENTE AL CENTRO

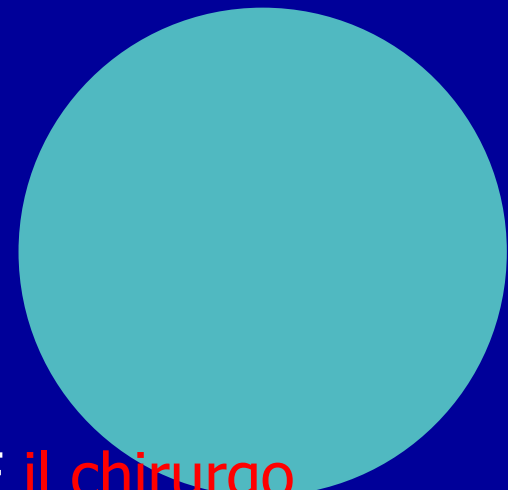


MEETING MULTIDISCIPLINARE



L'indicazione all'intervento la pone SEMPRE il chirurgo
sulla base di una

DECISIONE COMUNE CONDIVISA



**Il Percorso diagnostico-terapeutico
nella patologia neoplastica del torace
PUNTO TORACE**





Obiettivo:

Garantire sempre il meglio per il paziente

- Qualità dell'assistenza
- Qualità delle cure (Evidence Based Medicine)
- Umanizzazione (paziente inteso come essere umano e non come caso clinico o peggio come "utente!!!!!!").

P. A. ♀ 88 anni

DIAGNOSI:

Trauma toracico iatrogeno con fratture costali e sternali multiple da RCP per arresto cardiaco.
Consequente grave insufficienza respiratoria.

INTERVENTO:

Fissazione esterna della parete toracica anteriore

DECORSO

Decesso dopo 34 giorni dall'intervento per scompenso acuto cardiocircolatorio irreversibile.

CONSIDERAZIONI ETICO-MORALI

Indicazione alla terapia chirurgica per una paziente ultraottantenne con gravi lesioni toraciche e un arresto cardiaco recente (stato di coscienza perfettamente conservato).



B. A. ♂ 61 ANNI

DIAGNOSI

Neoplasia lobo superiore polmone destro.
Insufficienza respiratoria con embolia polmonare recente.

INTERVENTO

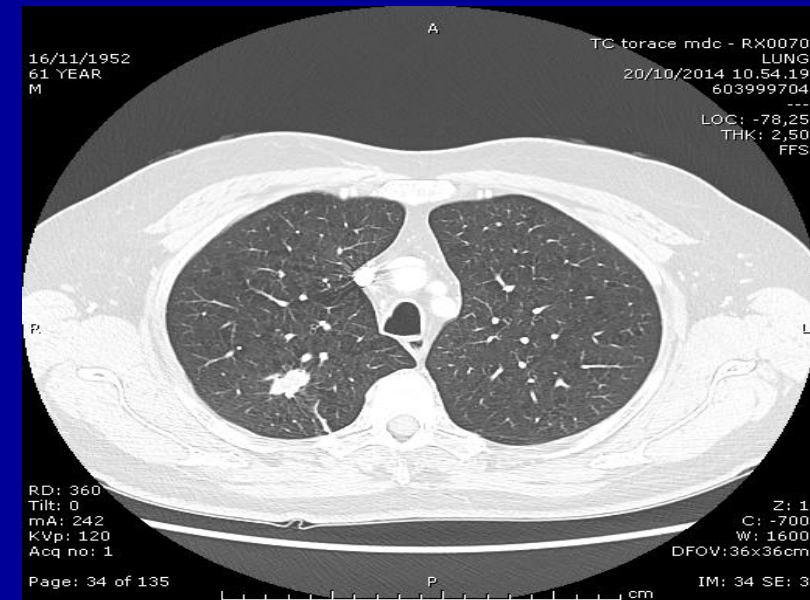
Lobectomia polmonare superiore destra

DECORSO

Paziente vivente, in buona salute e libero da malattia
a 1 anno dall'intervento

CONSIDERAZIONI ETICO-MORALI

Intervento potenzialmente curativo per malattia
altrimenti fatale ma ad elevato rischio di complicanze maggiori



M. A. ♀ 69 anni

DIAGNOSI:

Neoplasia del lobo superiore del polmone sinistro.

Cardiomiopatia dilatativa con insufficienza cardiorespiratoria

INTERVENTO

Lobectomia polmonare superiore sinistra

DECORSO

Decesso dopo 3 giorni dall'intervento per insufficienza cardiaca acuta.

CONSIDERAZIONI ETICO-MORALI

Intervento potenzialmente curativo per malattia altrimenti fatale ma ad elevato rischio di complicanze maggiori cardiocircolatorie.



C. C. ♂ 30 anni

DIAGNOSI:

Emottisi massiva e successivi episodi di emoftoe prolungata
Ipertensione arteriosa resistente alla terapia.
Sanguinamento dal bronco lobare inferiore sinistro.

TC torace, arteriografia bronchiale e angiopneumografia negative.

TRATTAMENTO CONSERVATIVO

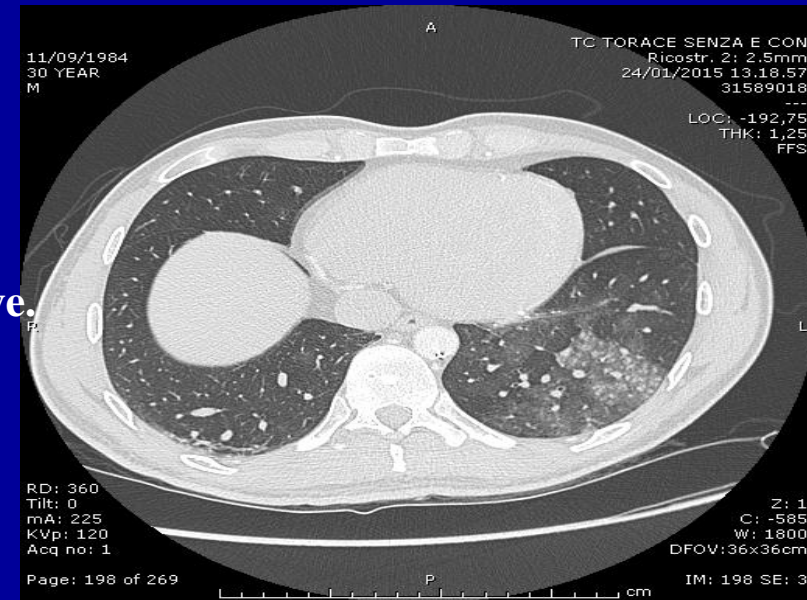
Terapia medica: anti-ipertensivi, steroidi, antibiotici, antiemorragici.

DECORSO

Stabile risoluzione dell'emoftoe a distanza di 8 mesi.
Il paziente ha ripreso la propria vita normale.

CONSIDERAZIONI ETICO-MORALI

Operare o no un paziente giovane con un intervento demolitivo di lobectomia polmonare?



M. G. ♂ 60 anni

DIAGNOSI:

Due episodi di emottisi massiva con rischio di vita a distanza di pochi giorni
Sanguinamento dal bronco lobare superiore destro.
TC torace, arteriografia bronchiale e angiopneumografia negative.

INTERVENTO

Lobectomia polmonare superiore destra.
Esame istologico: non lesioni patologiche.

DECORSO

Stabile in assenza di recidive a distanza di 3 anni

CONSIDERAZIONI ETICO-MORALI

Sottoporre o no un paziente ad un intervento demolitivo di lobectomia polmonare per prevenire un ulteriore episodio di emottisi massiva potenzialmente fatale pur in assenza di lesioni causali chiaramente identificabili?



M. M. ♀ 51 anni

DIAGNOSI:

Tumore maligno del timo con sospetta infiltrazione dei grossi vasi del mediastino.

Già sottoposta a chemioterapia poco efficace.

Nessun'altra opzione terapeutica medica.

INTERVENTO

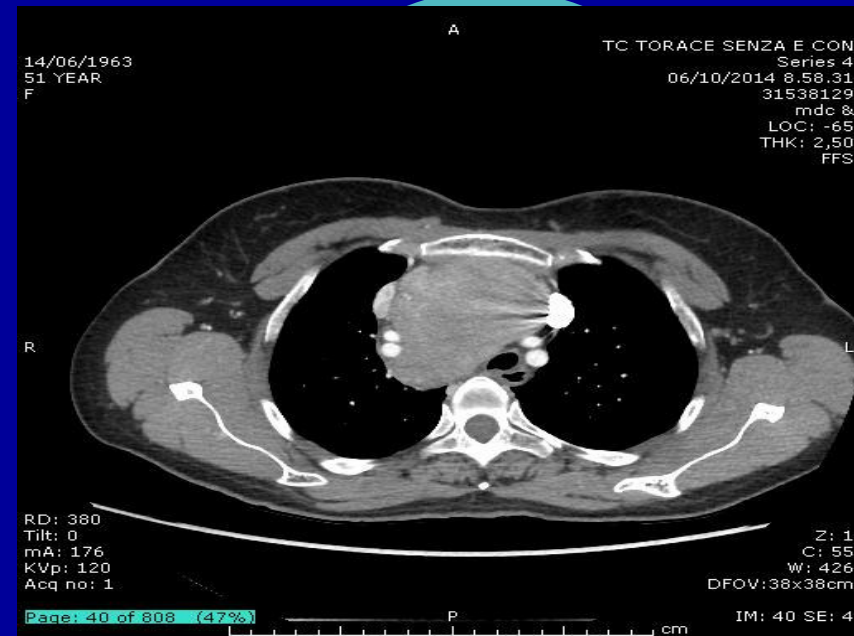
Asportazione radicale del tumore in sternotomia mediana completa.

DECORSO

Nessuna complicanza perioperatoria.

CONSIDERAZIONI ETICO-MORALI

Opportunità di sottoporre un paziente giovane ad intervento demolitivo, giudicato inoperabile in altra sede con il rischio di non riuscire ad asportare la neoplasia.



A. M. ♂ 86 anni

DIAGNOSI:

Versamento pericardico in fase di tamponamento cardiaco in paziente neoplastico terminale.

INTERVENTO

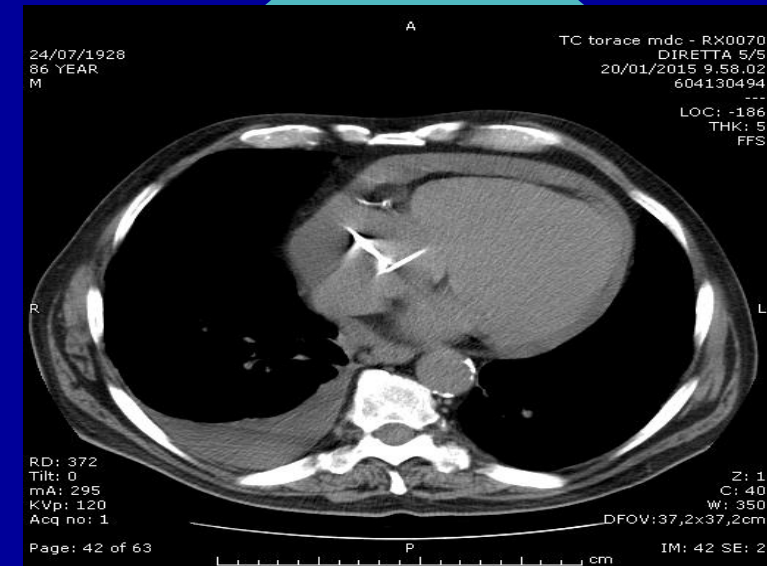
Pericardiostomia in emergenza.

DECORSO

Paziente deceduto 21 giorni dopo l'intervento per scompenso cardiaco irreversibile.

CONSIDERAZIONI ETICO-MORALI

Opportunità di sottoporre un paziente neoplastico terminale ed anziano ad intervento salvavita in emergenza/urgenza





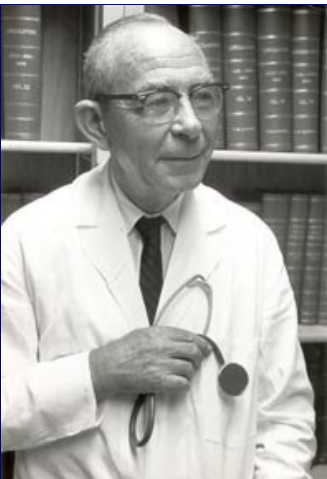
In conclusione

- In passato Il Primato della **Coscienza individuale** del Chirurgo era alla base della indicazione all'intervento.

Scarsità delle possibilità della diagnostica strumentale.

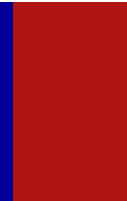
- Oggi, il Primato della **Coscienza di gruppo** per la scelta dell'opzione chirurgica è affidato al Team Multidisciplinare nella moderna configurazione dei percorsi diagnostico-terapeutici (PDTA).

Introduzione nel percorso diagnostico-terapeutico delle moderne opzioni di diagnostica strumentale e dei supporti clinici.



“Per un essere umano non può esistere una opportunità più grande né una responsabilità maggiore di quella dell'essere medico. Per curare chi soffre il medico deve possedere capacità tecniche, conoscenze scientifiche e comprensione umana, doti che dovrà utilizzare con coraggio, umiltà e saggezza per offrire al prossimo un servizio unico e per perfezionare il proprio carattere. Il medico non dovrebbe chiedere al proprio destino nulla più di questo, né accontentarsi di qualcosa di meno”.

T. R. Harrison



INFORMAZIONE DEL PAZIENTE PORTATORE DI PATOLOGIA ONCOLOGICA





Quando l'informazione?

- 1) Nell'approccio ambulatoriale per la spiegazione del quadro clinico e delle soluzioni da adottare.
- 2) All'atto della proposta terapeutica quando si tratti di intervento chirurgico (consenso informato).
- 3) All'atto della consegna dell'esame istologico.
- 4) Inserimento del paziente nei percorsi oncologici di supporto alla chirurgia o esclusivi del trattamento terapeutico.



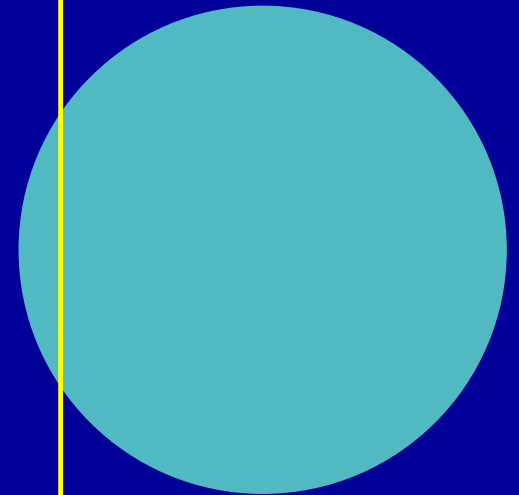
Come informare il paziente oncologico?

Siamo medici → Parliamo di diagnosi

Non siamo giudici → Non emettiamo sentenze



IL PAZIENTE HA IL
DIRITTO
DI SAPERE





► SPETTA A NOI INFORMARLO NEL MODO MIGLIORE,
SAPENDO SEMPRE...

CHI ABBIAMO DI FRONTE





REQUISITI DEL CONSENSO INFORMATO

*"Affinchè il consenso sia frutto di una consapevole e ponderata manifestazione della libertà individuale occorre che sia dotato di certi requisiti, in ordine ai quali dottrina e giurisprudenza risultano alquanto prodighe di aggettivi: si richiede così, di volta in volta, ai fini della validità del consenso, che questo sia **personale, esplicito, specifico, libero, attuale, informato e consapevole**".*

Dott.ssa Tiziana Siciliano, PM Tribunale di Milano



E' dimostrato che **il tempo dedicato ai colloqui col paziente**, oltre che rispettarne il diritto alla corretta informazione, **può ridurre sensibilmente il contenzioso medico-paziente.**

Questo comporta la riduzione delle denunce per “malpractice” o le richieste di risarcimento.

IL TEMPO DEDICATO AL COLLOQUIO CON IL PAZIENTE è UN TEMPO SPESO BENE!!!

Il Colloquio UMANIZZA il rapporto con il paziente



TEAM WORK





Vincent Van Gogh - Campo di girasoli.



***"Rare sono le persone che usano la
mente...
poche coloro che usano il Cuore...
e uniche coloro che usano entrambi".***

Rita Levi-Montalcini