

La morte di Ivan Il'ič: Il medico e il paziente



**LE INSOSTENIBILI INDETERMINATEZZE
DELLA RESPONSABILITÀ
PROFESSIONALE SANITARIA**
IL PUNTO SU VALUTAZIONE, ASSICURABILITÀ E RISARCIMENTO

Milano, 8 novembre 2019

PROF. ANDREA GENTILOMO MD PHD
DIRETTORE SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA LEGALE
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

KINNERSLEY P, PHILLIPS K, SAVAGE K ET ALL. INTERVENTIONS TO PROMOTE INFORMED CONSENT FOR PATIENTS UNDERGOING SURGICAL AND OTHER INVASIVE HEALTHCARE PROCEDURES. *COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS* 2013, ISSUE 7. ART. NO.: CD009445.

For patients

This review identifies benefits for patients of using interventions to enhance the process of informed consent for invasive clinical procedures. Emergency procedures present particular challenges, but for routine, planned procedures it would appear that **efforts should be made to provide patients with additional materials which provide information about the procedure, and patients should also be provided with time to consider the information**

KINNERSLEY P. CIT

For clinicians

Clinicians, those responsible for training clinicians, and researchers considering the design of interventions **need to consider both 'what information is provided to patients and 'how' this information is delivered.** Standardised consent forms in which clinicians are expected to confirm that they have provided particular information to patients may be helpful, but they may also promote a 'tick-box' approach to giving information, **and risk the patient being overloaded with factual information which they may struggle to comprehend**

SPATZ ES, KRUMHOLZ HM, MOULTON BW. THE NEW ERA OF INFORMED CONSENT: GETTING TO A REASONABLE-PATIENT STANDARD THROUGH SHARED DECISION MAKING. JAMA. 2016 MAY 17;315(19):2063-4.

In its final decision, the UK Supreme Court ruled that the standard for what physicians should inform patients about the risks, benefits, and alternatives of treatment **will no longer be determined by**

what a responsible body of physicians deems important

but rather by

what a reasonable patient deems important.

(Montgomery (Appellant) v Lanarkshire Health Board (Respondent) (Scotland), [2015] UKSC 11, on appeal from [2013] CSIH 3; [2010] CSIH 104 (2015))

FLYNN D, KNOEDLER MA, HESS EP, MURAD MH ET ALL. ENGAGING PATIENTS IN HEALTH CARE DECISIONS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT THROUGH SHARED DECISION-MAKING: A SYSTEMATIC REVIEW. ACAD EMERG MED. 2012;19(8):959-67

- Default clinician–patient relationships occur when both parties exert low levels of control.
- Paternalism is characterized by dominant clinicians and passive patients.
- Consumerism focuses on patients' rights and clinicians' obligations.
- Mutuality, or shared decision-making (SDM), is characterized by active patient involvement

FLYNN CIT.

Two classes of treatments have been described in medicine that have different strategies for patient involvement in decision-making: **effective** and **preference-sensitive**

TRATTAMENTO PREFERIBILE

- **I possibilità**: decisione orientata da standard di cura *evidence-based*, stima rischio-beneficio, adeguatezza delle strutture e del personale etc. per individuare il trattamento tecnicamente migliore
- **II possibilità**: decisione centrata sulla scelta tra opzioni molteplici individuate in funzione di ragionevoli compromessi tra benefici, rischi e conseguenze e calibrata su esigenze specifiche (non solo cliniche) del paziente

L. 22 DICEMBRE 2017, N. 219

L'art. 1 c. II

*È promossa e valorizzata la **relazione di cura** e di fiducia tra paziente e medico che **si basa sul consenso informato** nel quale **si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza**, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico .*

I criteri essenziali che sono esplicitati riguardano essenzialmente:

- il diritto di essere informati sulla condizione clinica, le prospettive, le possibilità di intervento nelle varie alternative, le conseguenze del rifiuto (art. 1 c. 2);
- il diritto di rifiutare un trattamento e di revocare il consenso al trattamento (art 1 c. 5);
- il dovere del medico di rispettare la volontà del paziente (art. 1 c. 6). Per il medico, da questo dovere consegue l'esenzione da responsabilità (penale e civile) per il mancato intervento (tecnicamente possibile e potenzialmente efficace).

QUINDI

se:

- nell'ambito di una relazione di cura adeguata di cui è base il consenso a sua volta fondato sull'incontro tra l'autonomia del paziente e quella professionale del medico e mediato da una informazione completa;
- si arriva a una decisione di intervento (o di astensione dall'intervento) di cui il consenso è la cristallizzazione;

allora:

- il medico ha il dovere di attenersi alla decisione concordata e nel fare questo è esente da responsabilità se la decisione riguarda il rifiuto di un trattamento

QUINDI

confronto tra

**due “esperti”, ciascuno in un ambito
proprio.**

PER SEMPLIFICARE

- Il medico è esperto nella parte tecnica, quindi è in grado di individuare la terapia più efficace e sicura.
 - Il paziente è esperto di sé stesso, delle sue esigenze (oltre che di aspettative, timori etc.) e di conseguenza valuta rischi e benefici in un contesto esistenziale.
-

- Le due cose non sono alternative (o una, o l'altra), sono differenti e necessariamente complementari.
 - Altrimenti si innesca il gioco (a somma zero) per decidere quale prospettiva è "migliore" e le probabilità di fallimento sono alte.
-

Dopo lunghi anni di discussioni dottrinarie e giurisprudenziali sul consenso, ora esistono riferimenti normativi sorprendentemente moderni e illuminati.

Il rischio è che tutto sia cambiato e che nulla cambi, forzando l'innovazione nelle prassi precedenti (prima di tutto cliniche) e arrivando a sterilizzare la forza eversiva di questa norma.

Sarebbe una occasione perduta.
E un altro tradimento di Ivan Il'ič.
