

## Principali problemi etici e bioetici

L'obbligo da parte del medico di dover acquisire il consenso informato dal paziente ha aperto un vasto dibattito etico su quale debba essere la competenza che il paziente deve avere per poter dare un consenso libero e per poter comprendere le informazioni che gli vengono fornite, e su quale debba essere l'informazione più appropriata perché il consenso sia realmente informato. Si è sollevato, inoltre, il problema della inapplicabilità del consenso informato quando ci si trova dinanzi a pazienti che non sono autonomi ed in grado di decidere (ad esempio a persone affette da malattie mentali o in stato vegetativo permanente) ed in generale ci si è interrogati sulla possibilità di poter stabilire una linea di demarcazione netta tra individui competenti / non competenti, autonomi / non autonomi. Tutti questi problemi ruotano attorno alla difficoltà concettuale di offrire una definizione di autonomia che possa essere soddisfacente sia a livello teorico che a livello pratico, ed in particolare quando essa viene declinata sul terreno della medicina.

Un'altra questione fondamentale è la posizione che viene riconosciuta al principio di autonomia rispetto ad altri principi rilevanti come quello di beneficenza o di giustizia. Sia il medico che il paziente devono assumere un comportamento che si attenga sempre al rispetto del principio di autonomia o in alcuni casi è preferibile che il loro comportamento sia il frutto di un bilanciamento tra principi aventi una pari dignità? Nei casi di sperimentazione, inoltre, ad essere coinvolti non sono solo i pazienti – soggetti della sperimentazione – ma anche la società attuale e futura. I principi e gli interessi in gioco, pertanto, diventano più numerosi e complessi ed è importante individuare un approccio etico che sia in grado di rendere conto di tutti questi aspetti.

Il rispetto delle scelte autonome del paziente sembra, tuttavia, avere un qualche ruolo centrale e prioritario se si assume che la medicina è una pratica valutativa, vale a dire una pratica in cui le decisioni non si basano solo su aspetti scientifici ma anche su questioni di valore. Si pensi alla decisione di sottoporre un paziente ad una terapia salva vita ma invalidante. In questo caso la decisione non coinvolge solo criteri scientifici ma anche giudizi di valore su quale sia la qualità della vita che si ritiene degna di essere vissuta. E, posto che la qualità della vita non può essere determinata in base a criteri puramente oggettivi, è solo il malato a poter valutare se un trattamento sia tale da conciliare il prolungamento della sopravvivenza con un livello di qualità della vita da lui stesso o lui stessa considerato accettabile.

Può accadere che l'autonomia del paziente entri in conflitto con l'autonomia del medico. Si può avere, infatti, che il sanitario non condivide le prospettive del paziente sia in base a ragioni di scienza sia in base a personali ragioni etiche. In questi casi, il sanitario può appellarsi al generale rifiuto di prestare l'opera professionale che è previsto dalla deontologia medica al fine di tutelare l'autonomia e la responsabilità diagnostico-terapeutica del medico; oppure può appellarsi al diritto all'obiezione di coscienza riconosciuto come un diritto dalla legge in alcune particolari situazioni. Attualmente in Italia le uniche due situazioni dell'ambito sanitario in cui tale diritto è previsto per legge sono l'interruzione volontaria di gravidanza e l'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita. Il riconoscimento legale dell'obiezione di coscienza si presenta come una procedura che cerca di affrontare il conflitto tra le esigenze della coscienza individuale e la necessità di regolamentare per legge pratiche su cui esiste una pluralità di visioni morali fra i cittadini e le cittadine. Un conflitto, tuttavia, che sarà sempre più presente in futuro, considerato l'aumento degli ambiti in cui i sanitari stanno cominciando a rivendicare la possibilità di appellarsi al diritto all'obiezione di coscienza, quali ad esempio le richieste di aiuto a morire o di continuare a trattare i cosiddetti grandi prematuri. È, pertanto, opportuno riflettere attentamente su due

questioni principali: da una parte il possibile conflitto tra il diritto di chi pratica l'obiezione di coscienza e altri diritti; dall'altra la legittimità dell'estensione del diritto all'obiezione di coscienza. Codici deontologici

La deontologia medica ha sempre attribuito al medico il potere di decidere non solo se e come intervenire, ma anche se e quando informare il paziente sulle sue condizioni. Le trasformazioni che si sono venute ad avere negli ultimi anni, tuttavia, hanno posto la deontologia medica dinanzi alla necessità di ridefinire il complesso insieme dei poteri, doveri e responsabilità del medico in relazione ai diritti dei pazienti. Per quanto riguarda l'informazione ed il consenso informato, per esempio, è nella versione del codice deontologico del 1995 che in Italia per la prima volta viene data esplicita indicazione al medico: di informare pienamente il paziente anche riguardo a prognosi infauste; di dare informazione ai congiunti solo se il paziente acconsente; di non intraprendere alcuna attività diagnostica o terapeutica senza il consenso del paziente validamente informato. A partire dalla fine degli anni '70 in Italia si sono avute ben cinque revisioni del codice di deontologia medica avvenute nel 1978, 1989, 1995, 1998, 2006.

(tratto ed adattato da <https://www.consultadibioetica.org/rapporto-medico-paziente/>)