

*Igiene e Malattie Infettive*  
*a.a. 2014-2015*

# **Principi di Etica Medica e Responsabilità Sociale**

Angelo Stefanini  
Centro di Salute Internazionale (CSI)

Centro di Salute  
Internazionale (CSI)  
Università di Bologna



# Il caso del Dr. P., chirurgo esperto e qualificato

- Il Dr. P., chirurgo esperto e qualificato, è in procinto di terminare il turno di notte in un ospedale di medie dimensioni. Una giovane donna è portata in ospedale dalla madre, che se ne va subito dopo dicendo alla infermiera di dover prendersi cura di altri figli. La paziente ha un sanguinamento vaginale ed è in preda a forte dolore.
- Il Dr. P. la esamina e decide che ha avuto un aborto spontaneo o provocato. Le pratica una dilatazione e un rapido raschiamento e dice all'infermiera di chiedere alla paziente se può rimanere in ospedale ancora per qualche tempo prima di potere essere dimessa.
- Il Dr. Q. arriva a sostituire il Dr. P. che se ne va a casa senza aver parlato alla paziente.

# Quali “mancanze”?

- (1) Comunicazione** – non ha fatto alcun tentativo di comunicare con il paziente per quanto riguarda la causa della sua condizione, le opzioni di trattamento o la sua possibilità di rimanere in ospedale;
- (2) Consenso** - non ha ottenuto il consenso informato al trattamento;
- (3) “Compassione”** - il suo rapporto con la paziente mostra poca compassione per la sua situazione.

# Principi etici “*prima facie*”

- Rispetto per l'Autonomia
- Beneficità
- Non-Maleficità
- Giustizia
  - Commutativa (diretta, bilaterale, es. *relazione medico-paziente*)
  - Distributiva (indiretta, triangolare, es. *allocazione risorse*)

# Quale Giustizia?

*“Gli uguali trattati in modo uguale; i diversi trattati in modo diverso, in proporzione alla loro rilevante disuguaglianza.”*

Aristotele

**Uguali/Disuguali**

**In che cosa?**

# ***Un caso di Giustizia Commutativa***

Abbiamo di fronte due pazienti: la **sig.ra Maria** e il **sig. Giovanni**.

Entrambi sono in insufficienza respiratoria e hanno una forte probabilità di morire nel giro di una settimana a meno che non vengano sottoposti al trapianto di polmone.

In ciascun caso si prevede che il trapianto prolungherà la loro vita di circa tre anni.

L'operazione costa 50 mila Euro. È disponibile un polmone compatibile per entrambi ma non farmaci per nessuno dei due.

# A quale dei due assegnare il polmone?

La **sig.ra Maria** ha 23 anni, non è sposata e vive con un fidanzato da 3 anni. Ha lavorato come infermiera generica in un reparto psichiatrico ma è disoccupata da 6 mesi. La causa dell'insufficienza respiratoria è una fibrosi cistica.

Il **sig. Giovanni** è un funzionario della Regione, sposato con un figlio di 12 anni. Ha fumato pesantemente per tutta la sua vita adulta. Nonostante il costante peggioramento delle sue condizioni e il consiglio di smettere, ha continuato a fumare 40 sigarette al giorno. La causa dell'insufficienza respiratoria è una BPCO presumibilmente causata dal fumo.

# Principi materiali di Giustizia

- A ciascuno secondo una suddivisione in **parti uguali**
- A ciascuno secondo il **contributo dato** alla società
- A ciascuno secondo l'impegno e lo **sforzo profuso**
- A ciascuno secondo il **merito**
- A ciascuno secondo il **bisogno**
- A ciascuno secondo le **leggi del mercato**

# Teorie etico-normative della Giustizia

## 1. Visione Deontologica

- Teoria **Libertaria** o liberalismo individualistico
- Teoria **Egalitaria** o liberalismo sociale (o socialismo democratico)

## 2. Visione Teleologica

- Teoria **Utilitaristica**

# Principi etici comuni a chi governa ed eroga assistenza sanitaria

Tavistock Group. A shared statement of ethical principles for those who shape and give health care. *British Medical Journal* 1999; 318: 249-251.

- 1. Diritti:** l'assistenza sanitaria è un diritto umano fondamentale
- 2. Equilibrio:** tra cura del singolo paziente e l'interesse della collettività
- 3. Visione olistica del paziente:** prendersi cura di tutti i suoi problemi e assicurare continuità di assistenza
- 4. Collaborazione:** degli operatori della sanità tra loro e con il paziente
- 5. Miglioramento:** Non è sufficiente fare bene, bisogna fare meglio,
- 6. Sicurezza:** massimizzare i benefici delle prestazioni, minimizzare i danni
- 7. Onestà, trasparenza, affidabilità:** rispetto della dignità personale sono essenziali a qualunque sistema sanitario e a qualunque rapporto tra medico e paziente

# Tre diversi ambiti della relazione medico-paziente

## 1. Clinico

## 2. Ricerca

- dal Processo di Norimberga alla denuncia di Henry Beecher [Beecher, H. K. (1966). *New England Journal of medicine. Ethics and Clinical Research*, 274.]
- Equivoco terapeutico [*Therapeutic misconception*]
- Equilibrio clinico [*Clinical equipoise*]

## 3. Sociale

- “La salute non ha prezzo” vs “Contratto sociale con la collettività”

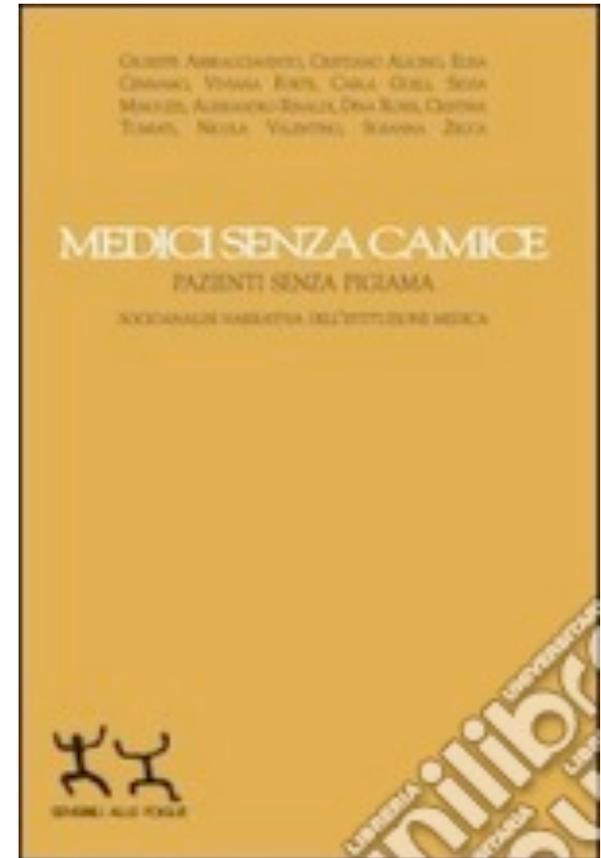
# Medico e Paziente

## Evoluzione di una Relazione

- Fino a anni '60 - “Benevolente Paternalismo”
- Disimpegno del medico/sanitario dalla comunità/ società
- Progressivo *empowerment* del paziente
- Ipertrofia degli aspetti tecnici rispetto a quelli relazionali
- Anni 2000 – Internet e *ICT Revolution*
- Il rapporto medico-paziente ne esce impoverito

# Criticità nella relazione terapeutica

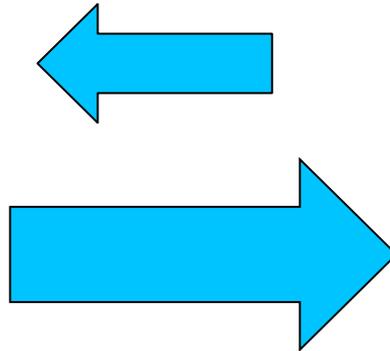
- Tecnicizzazione della relazione medico-paziente / “violenza” del linguaggio
- Importanza delle parole (“paziente collaborante”)
- Contrattualizzazione e mistificazione della relazione terapeutica (transazione economica)
- Concezione prettamente quantitativa della salute / merce
- Bisogni (di chi, chi li definisce)
- Logica competitiva/tecnicistica della formazione



*“La malattia è il lato notturno della vita, una cittadinanza più onerosa. Tutti quelli che nascono hanno una doppia cittadinanza, nel regno dello star bene e in quello dello star male. Preferiremmo tutti servirci soltanto del passaporto buono, ma prima o poi ognuno viene costretto, almeno per un certo periodo, a riconoscersi cittadino di quell’altro paese.*

**Susan Sontag, “Malattia come metafora. Cancro e Aids”, 2002**

• *Regno dello  
star bene*



• *Regno dello  
star male*



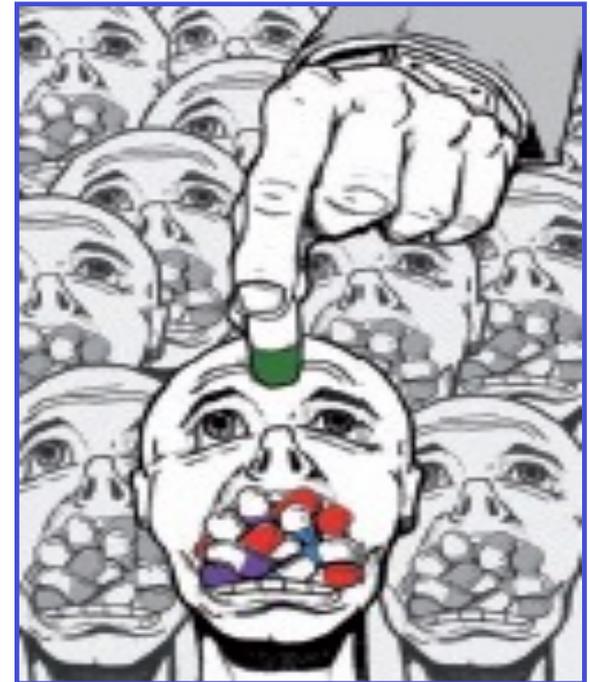
# Disease Mongering

- “Insieme di strategie volte a far crescere il mercato per coloro che producono e vendono farmaci”
- “Marketing della paura”

Si agisce su:

- ◆ piano **quantitativo**
- ◆ piano **qualitativo**

Moynihan R. Henry D. *The fight against disease mongering: generating knowledge for action*, Plos Med. 2006.



# “Inventare” nuove malattie

## 200 **NON- MALATTIE**

- Disturbo d'ansia sociale
- Disturbo disforico premestruale
- Calvizie
- Menopausa
- .....

Smith R. *In search of non disease*, BMJ 2002; 324 : 883-885

<http://www.rai.tv/dl/RaiTV/programmi/media/ContentItem-2d46eae7-7cab-4a04-a354-be9b1e43ef3f.html>

# Conseguenze

- trasformazione di persone sane in pazienti
- cambiamento delle percezioni di salute/malattia
- aumento del rischio di danno iatrogeno
- spreco di risorse economiche preziose

ALL-NITE DRIVE-THRU  
SCREENING CLINIC



## OCCASIONAL NOTES

### THE LAST WELL PERSON

"A well person is a patient who has not been completely worked up." — a resident's answer to the question, "What is a well person?" (Freyman J: personal communication).

"There must be something the matter with someone who goes to see a doctor when there is nothing the matter."<sup>1</sup>

WELL people are disappearing. I should have known it was coming when the invalids became extinct. (Invalids disappeared shortly after the advent of Medicare, which demanded specific diagnostic labels even though none applied.<sup>2</sup>) However, I began to realize what was happening only a year ago, at a dinner party. Everyone there had something. Several had high cholesterol levels. One had "borderline anemia." Another had a suspicious Pap smear. Two others had abnormal treadmill-test results, and several were concerned about codependency. There were no well people. After that, I began to look more carefully. I have not met a completely well person in months. At this rate, well people will vanish. As with the extinction of any species, there will be one last survivor. My guess is that the extinction will occur sometime in late 1998.

avoid diagnostic labels? From my experience with those who pursue wellness compulsively, I imagine that the last well person will be something like this:

#### A Composite Case Presentation

**TIME:** Late 1998.

**PLACE:** A shopping mall near Kansas.

**OCCASION:** The Mid-America Health Fair, offering screening for all known human diseases.

The last well person is a 53-year-old professor of freshman algebra at a small college in a fictitious town. Once a successful stockbroker, he quit that job after attending a weekend workshop on stress reduction and codependency conducted by a local church. He mistakenly thought he was sexually addicted. He has taken countless aptitude tests. By combining his Myers-Briggs profile with his scores on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory, he found that his level of stress would be reduced if he taught introductory mathematics at a small coeducational college. He chose one in a temperate location with a median yearly temperature of about 15°C. After checking into the average pollen count and the mean wind-chill factor in January, he selected the college. The new occupation gave him the free time he needed

# La Sig.ra Maria, sofferente di Alzheimer

- La signora Maria, paziente di 81 anni sofferente di Alzheimer ricoverata sotto la tua cura, è stata invitata a partecipare a una sperimentazione clinica di un nuovo farmaco inteso a migliorare la memoria.
- Tu eri presente pochi giorni fa quando il ricercatore clinico ha ottenuto la sua firma al consenso informato.
- Tuttavia, oggi quando la vedi e le chiedi se è pronta a iniziare domani, lei ti guarda con aria assente e sembra non avere idea di che cosa si sta parlando.
  - CHE FARE?

# Consenso Informato

- *“La decisione volontaria, priva di coercizione, compiuta da una persona sufficientemente competente e autonoma sulla base di informazioni adeguate, di accettare un certo corso di azioni che la riguardano.”*
- *Gillon R. Consent. British Medical Journal 1985; 291: 1700-1701*



Home » Aree, Salute globale

# Se Big Pharma corteggia gli studenti in medicina

Un commento

Inserito da **Redazione SI** on 24 lugli

## RICERCA SUL CAMPO

in medicina,  
senza perché

# Conflitto di interessi tra medici e industria farmaceutica

## Studio quali-quantitativo sulla percezione degli studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna

**Pharm FREE** LIBERATED

R&P 2008; 24: 242-254

242

Alice Fabbri<sup>1</sup>  
Martino Ardigò<sup>2</sup>  
Luisella Grandori<sup>3</sup>

Chiara Reali<sup>4</sup>  
Chiara Bodini<sup>5</sup>  
Angelo Stefanini<sup>6</sup>

Iscriviti alla nostra newsletter

Inserisci qui la tua email

OK →

Salute Internazionale  
è su



facebook



Archivio

2014 (113)

luglio (2)

Link amici

- ... Agenzia Regionale Sanità Toscana
- ... Centro Salute Internazionale

# Definizione

“Un conflitto d’interessi è un insieme di condizioni per cui un giudizio professionale concernente un interesse primario tende ad essere indebitamente influenzato da un interesse secondario”

Thompson D. Understanding financial conflict of interest. N Engl J Med. 1993; 329: 573-576.

Qual’è l’interesse primario del  
professionista della salute?

Proteggere la salute delle persone



# “Come una penna o una cena possono minare l'integrità di un medico”

Bobbio, 2004

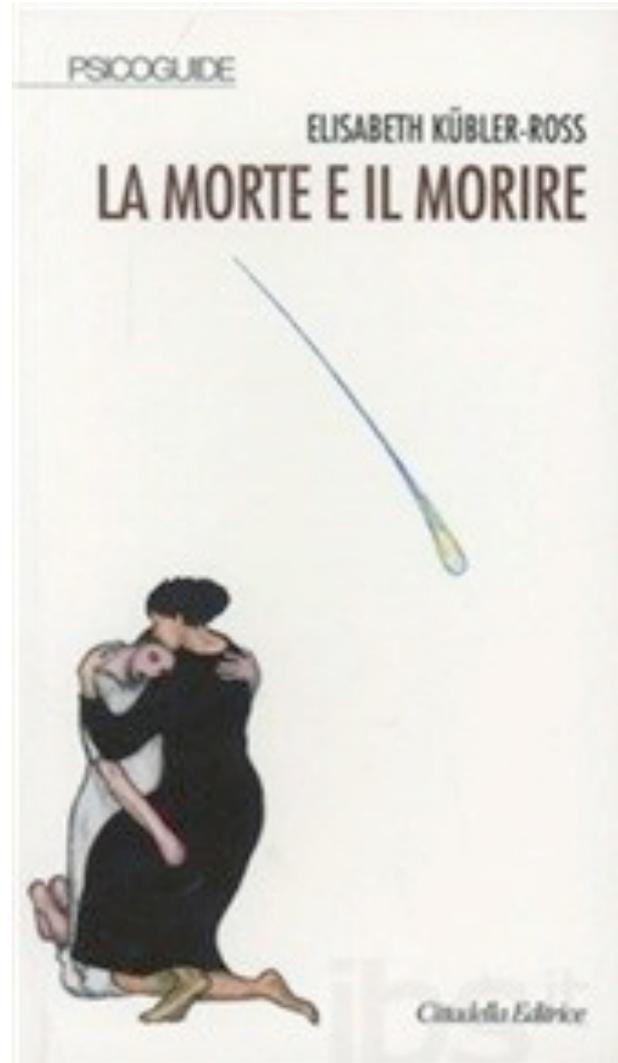
## I regali:

- Creano relazioni ed obblighi
- Costano, e i pazienti pagano
- Erodono i valori etici e professionali, danneggiano l'immagine della professione
- **Influenzano il comportamento**

## 2 libri da non perdere



# Il Medico e il Malato di fronte alla Morte



# Il Caso Welby

- Lo strano caso di Piergiorgio Welby si affaccia nella società italiana il 22 settembre 2006, quando si rivolge al Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano con un video appello mostrato a Primo Piano, l'approfondimento quotidiano del Tg3.
- Welby è un sessantunenne romano, copresidente dell'Associazione Luca Coscioni per la libertà della ricerca scientifica, che convive dall'età di 18 anni con una malattia chiamata distrofia muscolare progressiva. Il normale decorso della patologia lo costringe nel 2006 all'immobilità e a vivere attaccato a un respiratore artificiale.
- Sfinito per la propria condizione, Welby chiede al Presidente della Repubblica di essere lasciato morire staccando il respiratore...

- *...Caro Presidente, scrivo a Lei, e attraverso Lei mi rivolgo anche a quei cittadini che avranno la possibilità di ascoltare queste mie parole, questo mio grido, che non è di disperazione, ma carico di speranza umana e civile per questo nostro Paese. [...]*
- *Starà pensando, Presidente, che sto invocando per me una “morte dignitosa”. No, non si tratta di questo. E non parlo solo della mia, di morte. La morte non può essere “dignitosa”; dignitosa, ovvero decorosa, dovrebbe essere la vita, in special modo quando si va affievolendo a causa della vecchiaia o delle malattie incurabili e inguaribili.*
- *La morte è altro. Definire la morte per eutanasia “dignitosa” è un modo di negare la tragicità del morire. È un continuare a muoversi nel solco dell'occultamento o del travisamento della morte che, scacciata dalle case, nascosta da un paravento negli ospedali, negletta nella solitudine dei gerontocomi, appare essere ciò che non è. Cos'è la morte? La morte è una condizione indispensabile per la vita.*
- **Piergiorgio Welby, l'Unità del 22 settembre 2006**

# Il Medico e il Malato di fronte alla Morte

1. Fase della negazione o del rifiuto
2. Fase della rabbia
3. Fase della contrattazione o del patteggiamento
4. Fase della depressione
5. Fase dell'accettazione



# Duplici Responsabilità del Professionista della Salute

- 1. Verso il Singolo Individuo** - “La salute non ha prezzo”; “L’interesse del paziente prima di tutto”.
- 2. Verso la Società** – gli “Altri”, in lista di attesa, il paziente “che viene dopo”.

Closing  
the gap  
in a

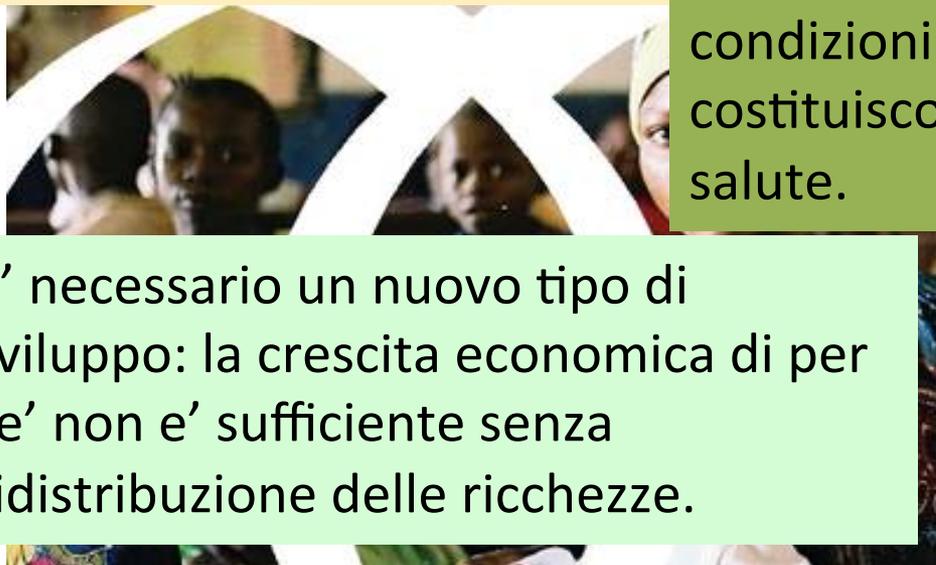


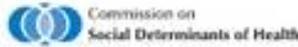
Le disuguaglianze nella salute sono causate dalla disuguale distribuzione di potere, reddito, beni e servizi, a livello sia globale sia locale.

Non e' un fenomeno 'naturale' ma il *"risultato di una combinazione tossica di errate politiche e programmi sociali, ingiusti accordi economici, e cattiva politica"*.

Insieme, i determinanti strutturali e le condizioni di vita quotidiane costituiscono i determinanti sociali della salute.

E' necessario un nuovo tipo di sviluppo: la crescita economica di per se' non e' sufficiente senza redistribuzione delle ricchezze.





# Closing the gap in a generation

Health equity through action on  
the social determinants of health

*“L’ingiustizia sociale  
sta uccidendo le  
persone su vasta  
scala.”*



**“Assassinio Sociale”**

*Friedrich Engels, La situazione  
della classe operaia in Inghilterra,  
1845.*

# Esiste una Responsabilità Sociale del Professionista della Salute?

*“Il medico deve farsi promotore di cambiamenti sociali, economici, educativi e politici che riducano la sofferenza e contribuiscano al benessere umano.”*

Dichiarazione della *American Medical Association of Professional Responsibility: Medicine's Social Contract with Humanity, # 8*



[Abstract](#) ▾

[Send to:](#) ▾

[Policy Polit Nurs Pract.](#) 2009 May;10(2):110-8. doi: 10.1177/1527154409339528. Epub 2009 Aug 20.

## **Social responsibility of nursing: a global perspective.**

[Tyer-Viola L](#)<sup>1</sup>, [Nicholas PK](#), [Corless IB](#), [Barry DM](#), [Hoyt P](#), [Fitzpatrick JJ](#), [Davis SM](#).

### **⊕ Author information**

#### **Abstract**

This study addresses social responsibility in the discipline of nursing and implications for global health. The concept of social responsibility is explicated and its relevance for nursing is examined, grounded in the American Nurses Association Code of Ethics and the International Council of Nurses Code of Ethics. Social justice, human rights, nurse migration, and approaches to nursing education are discussed within the framework of nursing's social responsibility. Strategies for addressing nursing workforce issues and education within a framework of social responsibility are explored.

PMID: 19696088 [PubMed - indexed for MEDLINE]



# Responsabilità sociale della Università / Scuola di Medicina

*“L’obbligo di indirizzare la formazione, la ricerca e le attività assistenziali allo scopo di rispondere ai problemi prioritari della comunità, della regione e/o della nazione che l’Università ha il mandato di servire”*

(OMS, 1995)



# Responsabilità sociale



- Secondo l'UNESCO per Responsabilità Sociale si intende "... *parte di ciò che tradizionalmente vengono chiamati **obblighi morali.***" (UNESCO. Report of the International Bioethics Committee on Social Responsibility and Health. Paris, 2010, p.19)
- Se "*la salute va intesa come socialmente determinata*" (Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, 2006, Art. 14 ) ...
- ... ALLORA Responsabilità Sociale significa responsabilità verso l'intera società, ossia impegno per una società giusta, per la giustizia sociale. Un obbligo morale di fare politica.

# Quali strumenti per esercitare la Responsabilità Sociale?

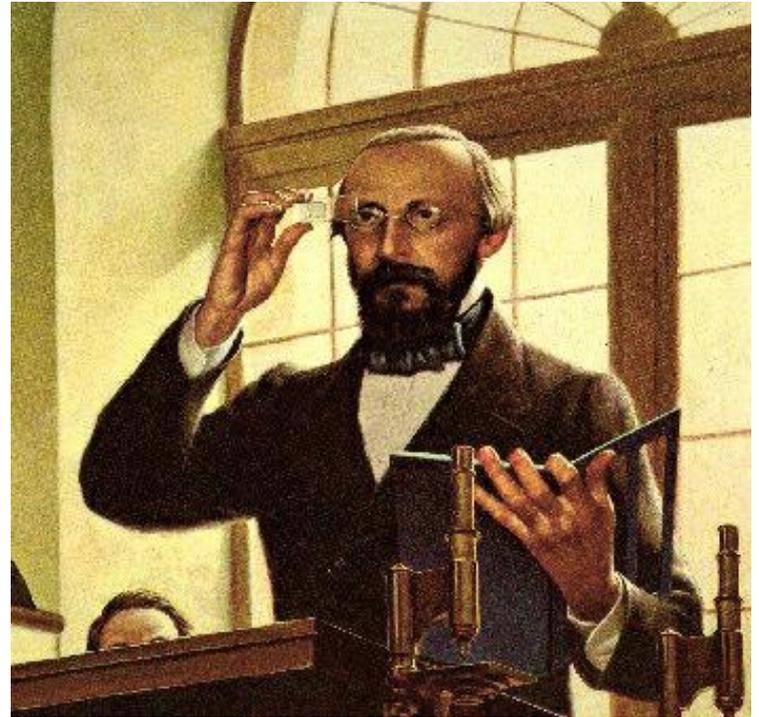
- **Advocacy:**

dare sostegno attivo, in particolare l'atto di prendere le parti o farsi promotore di qualcosa, l'atto di rappresentare pubblicamente un individuo, un'organizzazione o un'idea.

- **Attivismo:**

metodo di azione diretta per raggiungere un obiettivo politico o sociale...intervento diretto a favore del cambiamento (es. scrivere lettere a giornali o a politici, propaganda politica, attivismo economico e culturale come boicottaggi, blog, marce, scioperi del lavoro e scioperi della fame, fino a tattiche di guerriglia).

“La Medicina è una scienza sociale e la politica non è altro che la medicina su vasta scala.”



**- R. Virchow, *Die Medicinische Reform*, 1848**

**INTERIM EDITOR**

Mary E. Northridge, PhD, MPH, MT

**ASSOCIATE EDITORS**

Heinz W. Berendes, MD, MHS

Alan Berkman, MD

Manning Feinleib, MD, DrPH

Lawrence J. Fine, MS, MD, MPH, DrPH

Michael R. Greenberg, PhD

Richard Neugebauer, PhD

Dona Schneider, PhD, MPH

Anne Schuchat, MD

**CONSULTING EDITOR FOR STATISTICS**

Bruce Levin, PhD, MA

**EDITORIAL BOARD**

Faye Wong, MPH, RD (2000),

*Chair*

Hortensia Amaro, PhD (1999)

Sevgi O. Aral, PhD, MS (1998)

Shirley A. A. Beresford, PhD, MA, MSc (1998)

Maria L. S. Cervania, MPH (2000)

Carolyn Clancy, MD (2000)

Helene D. Gayle, MD (1999)

Lawrence W. Green, DrPH (1999)

Lucie Kelly, PhD, RN, FAAN (1998)

Marvin Marcus, DDS (1998)

Victor W. Sidel, MD (1999)

Ellen K. Silbergeld, PhD (1999)

Lorna Wilson, RN, MSPH (2000)

**STAFF**

Mohammad N. Akhter, MD, MPH

*Executive Editor/Executive Director*

Ellen T. Meyer

*Director of Publications*

Nancy Johnson

*Managing Editor*

Reid Lelong Lowe

*Production Editor*

Susan Westrate

*Assistant Production Editor*

Ashell Alston

*Advertising Manager*

Charlene Bright, Marilyn Butler,

Deborah Fowler, Gina Pierelli,

Edward Medina

*Publication Assistants*

**CONTRIBUTING EDITORS**

Ronald Bayer, PhD

*Public Health Policy Forum*

## A Vision of Social Justice as the Foundation of Public Health: Commemorating 150 Years of the Spirit of 1848

*Nancy Krieger, PhD, and Anne-Emanuelle Birn, ScD*

Social justice is the foundation of public health. This powerful proposition—still contested—first emerged around 150 years ago during the formative years of public health as both a modern movement and a profession. It is an assertion that reminds us that public health is indeed a public matter, that societal patterns of disease and death, of health and well-being, of bodily integrity and disintegration, intimately reflect the workings of the body politic for good and for ill. It is a statement that asks us, pointedly, to remember that worldwide dramatic declines—and continued inequalities—in mortality and morbidity signal as much the victories and defeats of social movements to create a just, fair, caring, and inclusive world as they do the achievements and unresolved challenges of scientific research and technology. To declare that social justice is the foundation of public health is to call upon and nurture that invincible human spirit that led so many of us to enter the field of public health in the first place: a spirit that has a compelling desire to make the world a better place, free of misery, inequity, and preventable suffering, a world in which we all can live, love, work, play, ail, and die with our dignity intact and our humanity cherished.

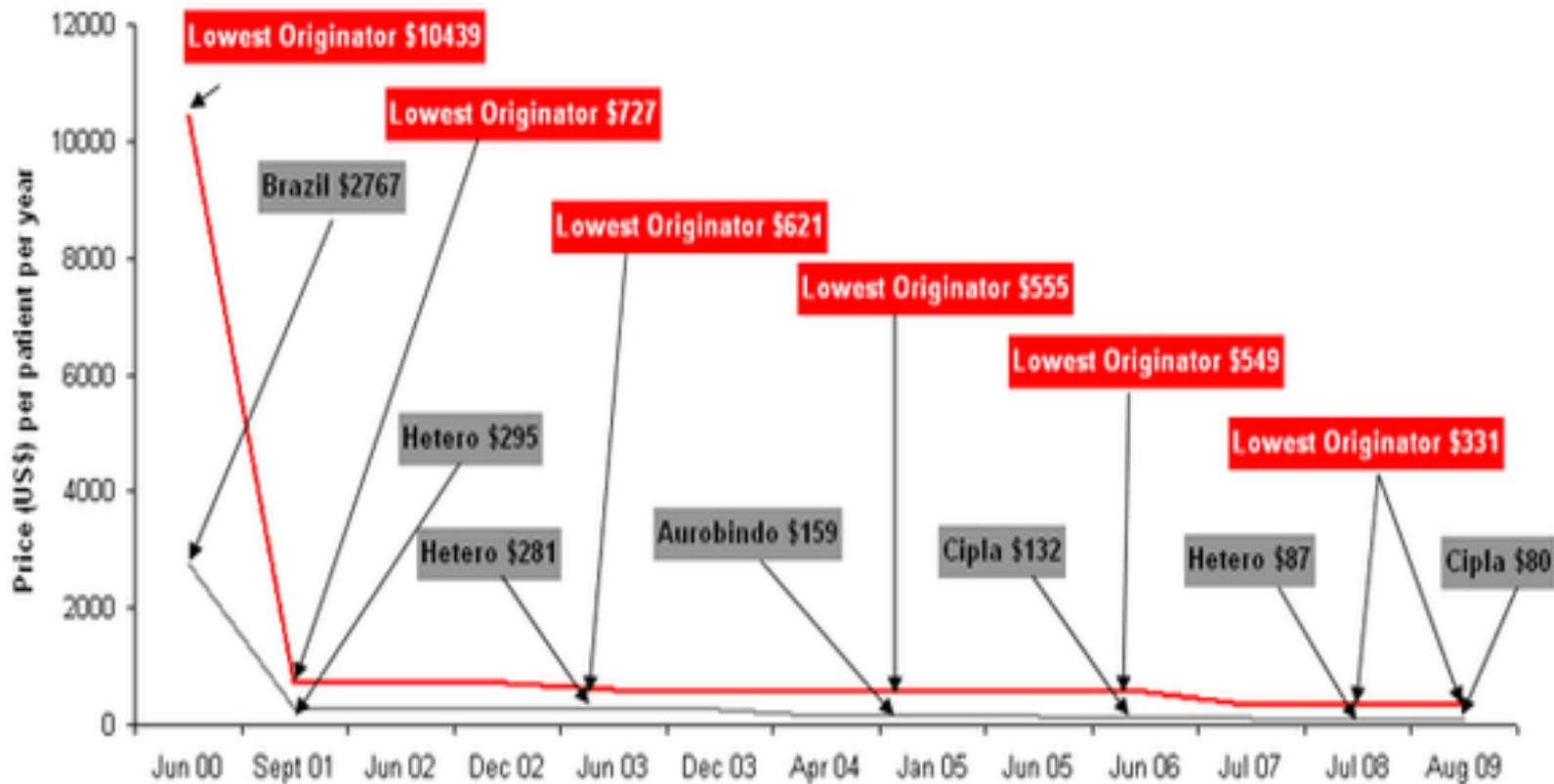
Why commemorate the 150th anniversary

or can by ourselves improve the public's health without efforts to ensure social and economic justice.

Why 1848? Because in 1848 popular uprisings and movements around the world were championing social justice and political and economic democracy, including the socialist and trade union movements in Europe, the anti-slavery and women's rights movements in the United States, and movements resisting imperialism in India and Mexico, as well as nationalist and suffragist movements (Table 1). 1848 was the year in which the *Communist Manifesto*<sup>1</sup> was published and became a landmark text coalescing the era's visions for social change. This period also marks a burgeoning of public health activity, from studies of workers' health in France to public health legislation in Britain to recognition of the political basis for health inequities in Prussia. Some of these efforts were highly influential, some delivered mixed results, and still others failed, but all derived from a spirit of social, political, and public health activism that are foundational to public health and from which we can—and must—learn.

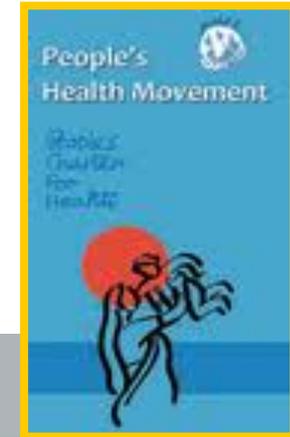
Consider, for instance, the case of the 1848 Public Health Act in Great Britain. This act authorized a newly created General

# Ripensare la categoria del “possibile”





# People's Health Movement



[www.phmovement.org](http://www.phmovement.org)

# Due Posizioni

*“...[I]l mondo scientifico [deve] mantenersi estraneo a problemi che per la loro valenza non possono che essere affrontati dai supremi Organi elettivi...”*

*Sen. Antonio Tomassini, Presidente Commissione Igiene e Sanità del Senato, in risposta alla lettera aperta “Medici italiani contro la guerra”, 3 febbraio 2003*

*“Non fare nulla è una decisione politica così come affrontare risolutamente il problema”.*

*Delamothe T. BMJ 2002*