



U.P.I.A.
Unione Provinciale
Istituti per Anziani

Corso di aggiornamento per i medici delle
RSA e delle RSD
La complessità della cura nelle residenze
Anno 2024

Responsabile Scientifico: Professor Giuseppe
Romanelli

Problematiche medico-legali nelle RSA

Simona Cacace, Docente di Biodiritto, Università degli
Studi di Brescia

Ottavio Di Stefano, Presidente Ordine dei medici di
Brescia

20 settembre 2024

Premessa





**DEFINIZIONE DI SALUTE secondo la
"DEFINIZIONE O.M.S.", 1948**

"Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or Infirmity...".

"La salute è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non solo l'assenza di malattia o infermità...".

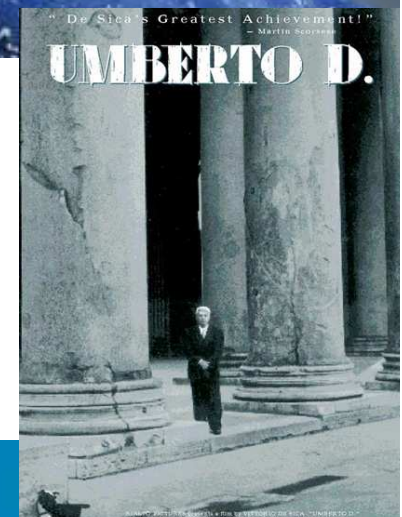


**World Health
Organization**

REGIONAL OFFICE FOR **Europe**



La nuova definizione presentata nel 2011 definisce la SALUTE come **"la capacità di adattamento e di auto gestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive"**.



COMPLESSO (CUM PLEXI) dal latino dal latino *plecto*

INTRECCIARE

Senectus ipsa morbus
Terenzio



l'agire medico incentrato su un approccio
riduzionistico

malattia → terapia → guarigione

soverchiato dalla necessità di un approccio di sistema

persona → definizione dei problemi → qualità della vita

1° quesito

Un paziente della RSA viene inviato a visita da uno specialista esterno che propone una terapia che il medico della RSA non ritiene opportuno introdurre mentre i familiari la sollecitano. Quale “vincolo” per il medico? quali responsabilità nel caso non venga seguita l’indicazione specialistica?

La visita specialistica, richiesta dal medico della RSA, si configura come consulenza. Spetta al medico che ha in cura continuativa il paziente (quindi il medico della RSA) attuare o meno le indicazioni specialistiche in relazione ad altre interferenti condizioni cliniche.

Dal punto di vista deontologico e legale il medico deve motivare sul diario clinico, in termini esaustivi, le motivazioni della sua scelta clinica. Scelte che vanno, ovviamente, illustrate e motivate ai famigliari.

Documentazione clinica

La cartella clinica è considerata un atto pubblico (atto pubblico di fede privilegiata)

Dal	FARMACO	2 (12/03)	6	8	14	16	18	22	24	Al	Sospeso
10/03	felixit 2 fl in 100 cc									13/3	
10/03	felixit 2 fl in 100 cc									13/3	
10/03	felixit 2 fl in 100 cc									13/3	
11/03	felixit 2 fl in 100 cc									13/3	
11/03	felixit 2 fl in 100 cc									13/3	
11/03	felixit 2 fl in 100 cc									13/3	
15/03	felixit 2 fl in 100 cc									21/3	
21/03	Toradol 4,5 in 100 cc			X		X				X	
11/03	Clonazepam 2000 U			X						11/03	
14/03	Clonazepam 2000 U							X			
26/03	Clonazepam 2000 U							X			

Legenda - ipo: ipodermico IM: Intramuscolo SC: Sottocute



MARTINA 83 aa

APR

- Osteoporosi: Femorale: T score: -3,2 Lombare T score: -2,6 → Terapia: Alendronato 70 mg / sett + Vitamina D
- Gastrite : Terapia: lansoprazolo 30 mg al bisogno
- Glaucoma: Terapia Cosopt 1 gtt 2 vv/die
- Depressione lieve con insonnia (GDS: 9)
- Terapia: Elopram 6ggtt la sera
- Colelitiasi : Deursil 300 mg/die
- Insuff. venosa arti inferiori
- Eczema da stasi arti inf. • DIABETE TIPO 2

VISITA ORTOPEDICA (19/10/2010)

Pz con osteoporosi e artrosi polidistrettuale nota.
Rx ginocchio dx: gonartrosi
DEXA: Femorale: T score: -3,2 Lombare T score: -2,6
EO: Ginocchi dx lievemente versato - Ballottamento rotuleo +, Tinel neg. Articolari in flessione estensione conservata, Stress test in varo-valgo e cassetti ante e post - , Test di Jerk e Lachman neg. Apley meniscale dubbio +, MC Murray -
Dolorabilità alla palpazione delle faccette rotulee.

DGN: gonartrosi iracuitizzata

TERAPIA: Deltacortene 25 mg : 1cp per 6 gg poi ½
ginocchio dx. Controllo del peso corporeo. Alendro-

FOLLOW-UP: Deva ogni 12-18 mesi. Controllo ann
VES, Creatinina, Proidemia, Ca, Fosforo, AST, ALT
eventuale consulenza endocrinologica. Utile cicli di

VISITA CARDIO

Iipertensione arteriosa, Cardiopatia Ischemica
FDR: Diabete Mellito di tipo2, Dislipidemia, IA
ECG: RS, esiti di pregresso IMA, alterazioni aspec
ANAMNESI: negativa per dolore toracico tipico
EO: toni ritmici parafonici, udibili sui consueti foc
Terapia in corso: Enalapril 20 mg / die , Amlodipin

Utile
Conti
Follor
eletti

VISITA GASTROENTEROLOGICA (2/5/98)

Dispepsia in paziente dislipidemia con alvo tendenzialmente stitico.
Peso 70 kg H:160 cm BMI 27.3
Gastroscopia (3/4/98) : gastropatia antrale lieve non erosiva. Non segni di atrofia gastrica.
Ecoaddome (2/2/98) : colelitiasi a verosimile genesi colisternica

EO: addome piano trattabile non dolente ne dolorabile alla palpazione superficiale e profonda. Polsi
simmetrici, non masse palpabili. Peristalsi torbida

Terapia: Lansoprazolo 30 mg per 8 settimane, Deursil 300 mg
Follow-up: Ecoaddome e controllo esami di funzionalità epatica + profilo lipidico ogni 12 mesi

VISITA DIABETOLOGICA (9/6/10)

Pz affetta da DM2, ipertesa, dislipidemia
PA 138/88

Terapia in corso: Metformina 850x2 + solosa 1mg
Controllo glicemico insufficiente (Hb1Ac 8.3)
ECG nella norma
Fundus oculi: Rpd 2, grado oo

Terapia: Metformina 850 TID, Solosa 1mg h 12, Lantus 10 U h22

Controllo del peso corporeo e incremento dell'attività fisica compatibilmente con le possibilità
della paziente

Follow-up: ECG, Elettrocardiogramma, Visita cardiologica, Fundus oculi, EMG, Emocromo + fz
epatornale, profilo lipidico e CPK ogni 12 mesi. Glicemia + Hb1Ac ogni 6 mesi
AUTOMONITORAGGIO GLUCEMICO SECONDO SCHEMA

PIANO TERAPEUTICO ATTUALE

- Enalapril 20 mg h 8
- Amlodipina 5 mg h 20
- ASA h 12
- NTG 5mg TD
- Simvastatina 20 mg h 20
- **Metformina 850mg h 8-20**
- **Glimepiride 1mg h 12**
- **Lantus 8U SC h 22**
- Alendronato 70 mg/sett
- Di Base 15 gtt h 12
- Lansoprazolo 30 mg h 7
- Movicol 1 busta h 20



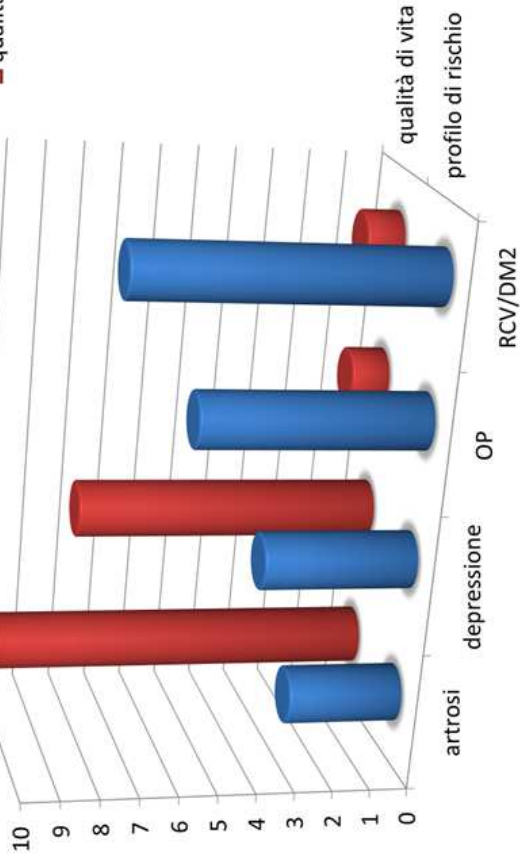
FOLLOW-UP ANNUALE

Emocromo, VES, Creatinina,
Protidemia, Ca, Fosforo, AST, ALT,
GGT, ALP, Calciuria 24 ore,
TSH, FT3, FT4,
PTH, 25OH-Vitamina D,
Markers di turnover osseo,
Colesterolo tot,
HDL-Col, TG, Na, K,
Mg, Cl, CPK,
Glicemia*, Hb1Ac*
Automonitoraggio
glicemico giornaliero

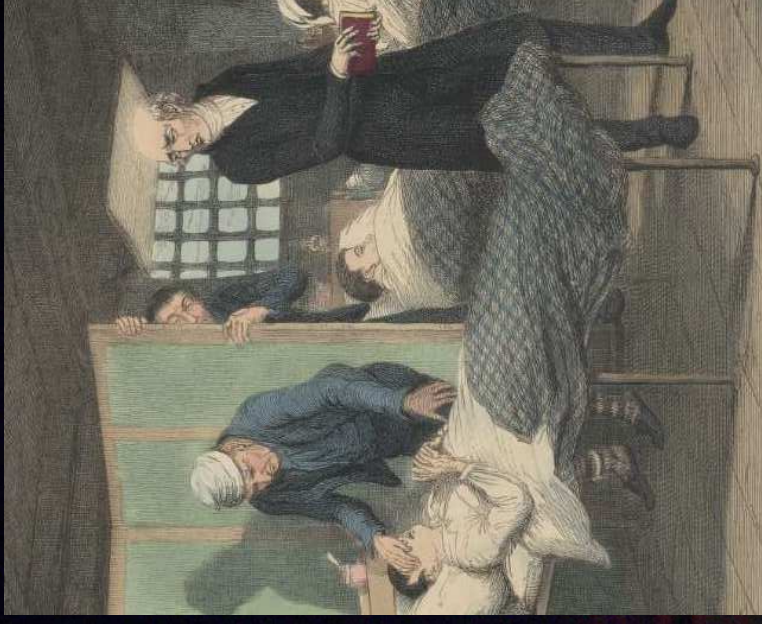
-TEST CV DA SFORZO
-ECOCARDIOGRAMMA
-VISITA OCULISTICA
-FONDO DELL'OCCHIO
-EMG
-DEXA
-VISITA CARDIOLOGICA + ECG
-VISITA DIABETOLOGICA
-VISITA ENDOCRINOLOGICA
-ECOADDOME
-VISITA GERIATRICA
-ADI/ADP/ASS. SOCIALE
- CICLI DI FKT

*ogni 6 mesi

■ profilo di rischio
■ qualità di vita



Le prioritá' del medico e le prioritá della paziente



Sinergica

Continua

Simmetrica

...parafrasi perfetta della relazione di cura in cui paziente medico sono del tutto alla pari...????????



La vera sfida, in ordine al tema dell'etica della cura, è tenere insieme asimmetria e reciprocità. Non si deve identificare univocamente la reciprocità con la simmetria (che implica il medesimo livello nella relazione) né l'asimmetria con l'assenza di reciprocità:

reciprocità asimmetrica

un'autentica partecipazione
a un orizzonte comune
entro un dislivello di funzioni.



René Magritte
1937

Una soluzione



IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE

*strumento di omogeneità degli interventi rispetto
alla frammentazione della cura*

PDTA (definizione)

il PDTA è una sequenza **predefinita**, **articolata** e **coordinata** di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione **integrata** di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita

Tratto da: Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa 2012-2014 (Ministero della salute)



Qual è la predisposizione «esistenziale» per fare il medico (o meglio una professione di «servizio»)?

gentilis «che appartiene alla gens, cioè alla stirpe», poi «di buona stirpe»

Amor, ch'al cor gentil ratto s'apprende

La gentilezza custodisce il segreto per instaurare relazioni solide, autentiche, di fiducia, che ci aiutano a conseguire i risultati desiderati in tutti gli ambiti della nostra esistenza privata e sociale.

Non ha niente a che vedere con la manipolazione né con l'essere ben educati o manierosi.

La gentilezza è un bene complesso e potentissimo, che appartiene a ciascuno di noi, ma che va riscoperto e praticato quotidianamente, perché porti i suoi frutti migliori.



Lavoro di cura e di comunità

Carlo Cristini, Alessandro Porro
Filippo Arrighetti, Marco Farnagalli

GENTILEZZA E GALATEO IN RSA

La rivoluzione silenziosa

Prefazione di Marco Tribicchi



11° quesito

Un paziente con deterioramento cognitivo di grado lieve-moderato (MMSE 21/30) con turbe della marcia e dell'equilibrio e rischio di caduta rifiuta la contenzione in carrozzella mentre il figlio (non AdS) la richiede.

A mio avviso è sempre e solo un'indicazione medica con diretta assunzione di responsabilità.

Si può determinare un contenzioso

*aiuto del giurista
indispensabile*

111° quesito

Paziente ventilato, in condizioni pre-terminali che non ha provveduto né alle DAT né alla pianificazione condivisa delle cure: l'AdS può autorizzare il medico ad iniziare la sedazione terminale e a sospendere la ventilazione?

La non obbligatorietà di cure sproporzionate costituisce un minimo comune condiviso del dibattito bioetico (Palazzani).

Al di là dei limiti medico legali in relazione al mandato affidato ad ADS dal giudice è sempre...la relazione di cura. *Ed il medico che pone l'indicazione.*

ADS agisce al posto del paziente?

*aiuto del giurista
indispensabile*

Se ADS agisce al posto del
paziente?



Codice di Deontologia Medica (2014)

Art. 20 Relazione di cura

[...] Il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su un'informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura.

ADS autorizzao.....si «allea» con il medico?

IV° quesito

Un paziente con deterioramento cognitivo di grado lieve-moderato (MMSE 21/30) chiede di ricevere una vaccinazione contro il paracadute. Il medico può/deve rispettare il parere del familiare è AdS?

Dal 1974, la vaccinazione ha evitato 154 milioni di decessi, di cui 146 milioni tra bambini di età inferiore ai 5 anni, di cui 101 milioni erano neonati di età inferiore a 1 anno.
The Lancet Vol 403 May 25, 2024

L'indicazione è esclusivamente medica.

Se il familiare con il suo mandato lo consente deve esprimere consenso o dissenso in vece del paziente stesso.

V° quesito

La responsabilità del medico/dell'equipe per la comparsa di lesioni da decubito

Table 3. Weighted Incidence, Severity, and Preventability of Adverse Events, Overall and According to Type of Event.*

Type of Adverse Event	No. of Events	Percentage of Overall Events	Events/100 Admissions (95% CI)	Significant Adverse Events	Serious Adverse Events	Life-Threatening Adverse Events	Fatal Adverse Events	Preventable Adverse Events [†]
Overall events identified — no. (% [95% CI])	978	100.0	34.8 (29.2–40.5)	661 (67.6 [64.3–70.9])	265 (27.1 [23.4–30.8])	44 (4.5 [2.1–7.0])	7 (0.7 [0.1–1.3])	222 (22.7 [19.4–26.0])
Adverse drug events — no. of events (%) [‡]								
All events	381	39.0	13.6 (3.8–23.4)	291 (76.4)	83 (21.8)	5 (1.3)	2 (0.5)	102 (26.8)
Hypotension	64	6.5	2.3 (0.6–4.0)	43 (67.2)	21 (32.8)	0	0	21 (32.8)
Mental status change [§]	43	4.4	1.5 (0.5–2.6)	38 (88.4)	3 (7.0)	1 (2.3)	0	14 (32.6)
Acute kidney injury	42	4.3	1.5 (0.4–2.6)	37 (88.1)	5 (11.9)	0	0	8 (19.0)
All other	232	23.7	8.3 (1.9–14.6)	172 (74.1)	53 (22.8)	4 (1.7)	2 (0.9)	59 (25.4)
Events related to a surgical or other procedure — no. of events (%)								
All events	297	30.4	10.6 (0.8–20.3)	155 (52.2)	113 (38.0)	27 (9.1)	2 (0.7)	40 (13.5)
Hypotension	39	4.0	1.4 (0.0–2.9)	18 (46.2)	17 (43.6)	2 (5.1)	1 (2.6)	5 (12.8)
Hemorrhage	33	3.4	1.2 (0.2–2.2)	3 (9.1)	25 (75.8)	5 (15.2)	0	5 (15.2)
Urinary retention	27	2.8	1.0 (0.3–1.7)	26 (96.3)	1 (3.7)	0	0	2 (7.4)
All other	197	20.1	7.0 (0.2–13.8)	107 (54.3)	69 (35.0)	20 (10.2)	1 (0.5)	28 (14.2)
Patient-care events — no. of events (%) [¶]								
All events	147	15.0	5.2 (1.9–8.5)	122 (83.0)	21 (14.3)	4 (2.7)	0	57 (38.8)
Intravenous infiltrate	30	3.1	1.1 (0.3–1.9)	30 (100.0)	0	0	0	10 (33.3)
Pressure ulcer	30	3.1	1.1 (0.1–2.0)	26 (86.7)	4 (13.3)	0	0	15 (50.0)
Anemia	7	0.7	0.2 (0.0–0.6)	2 (28.6)	5 (71.4)	0	0	0
All other	80	8.2	2.8 (0.8–4.9)	64 (80.0)	12 (15.0)	4 (5.0)	0	31 (38.8)



A partire da ottobre 2008, le linee guida del Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) negli Stati Uniti affermano che gli ospedali non riceveranno più pagamenti aggiuntivi quando i pazienti sviluppano lesioni indotte dalla pressione in stadio 3 o 4 e i rimborsi ospedalieri vengono adeguati in base al tasso di lesioni cutanee e dei tessuti molli indotte dalla pressione (tabella 1) [7,8]. La mancata fornitura di prevenzione e cure adeguate può anche esporre i fornitori a responsabilità [9].

V° quesito

La responsabilità del medico/dell'equipe per la comparsa di lesioni da decubito

Ovvietà della risposta..... (e sua inutilità?)

Vi sono Linee guida validate o buone pratiche cliniche?

Esiste una documentazione di riferimento che è stata implementata con adeguati sistemi di diffusione e di feedback?

Protocolli; PDTA

per

TRATTAMENTO

PREVENZIONE

Cartella clinica
Informatizzata

....ma soprattutto condivisa

....medici infermieri

.....OTA


VII° quesito

L'indicazione/obbligo della **PEG*** in paziente con demenza allo stadio avanzato



Non raccomandare la PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) nella demenza avanzata; invece, preferire la alimentazione orale assistita.

American Geriatric Society raccomanda che l'alimentazione manuale attenta venga offerta come alternativa all'alimentazione tramite sondino per i pazienti con demenza avanzata

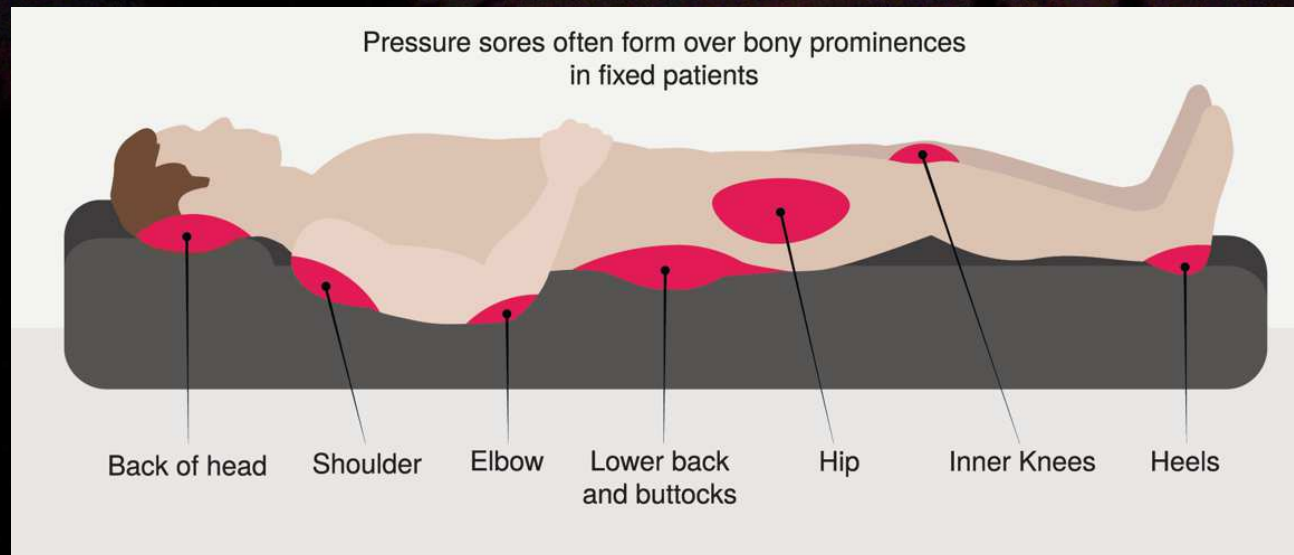
Gastrostomy tubes: Uses, patient selection, and efficacy in adults Literature review current through: Aug 2024. This topic last updated: Apr 09, 2024. 

* **P**ercutaneous **E**ndoscopic **G**astrostomy

VII° quesito

Pressure ulcers — Gastrostomy tubes do not appear to be beneficial with regard to the development or healing of pressure ulcers among nursing home residents.

Gastrostomy tubes: Uses, patient selection, and efficacy in adults Literature review current through: Aug 2024. This topic last updated: Apr 09, 2024.



VIII° quesito

Il comportamento del medico/della struttura nei casi nei quali i familiari non provvedano alla nomina dell'AdS

Il medico che ha in cura il paziente nelle varie situazioni date (Medicina Generale, situazioni di degenza per acuti e cronici, RSA, specialista quando richiesto formalmente) ha la responsabilità della conduzione clinica.

Il medico mantiene l'obbligo, di una corretta informazione ai parenti, ricercando comunque e sempre la compartecipazione alle scelte

Farsi carico delle pratiche per la nomina del ADS, attraverso le strutture aziendali.

*aiuto del giurista
indispensabile*

*Io era tra color che son sospesi.....**

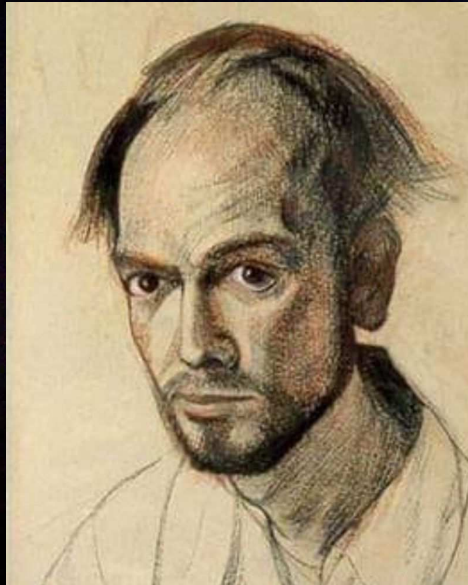
**Nel contempo-attesa nomina dell'ADS – solo decisioni
«salva vita, emergenza urgenza»**



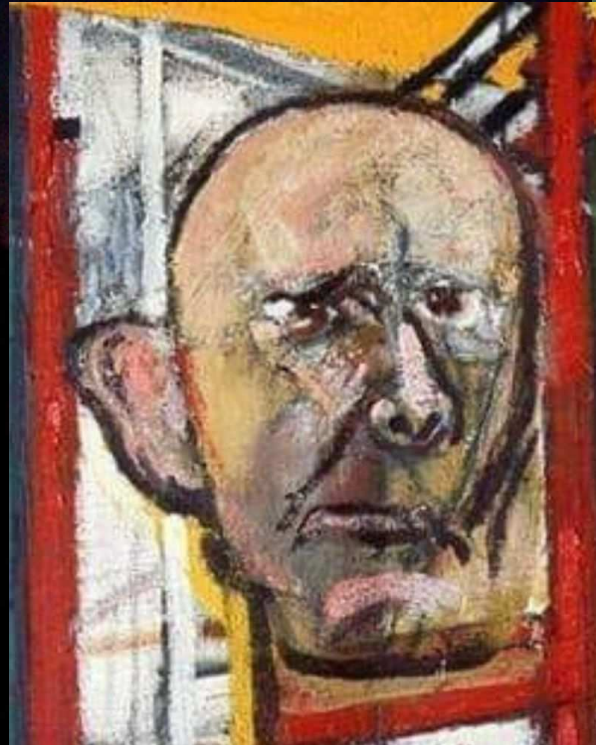
* La possibilità di eseguire indagini diagnostiche in assenza di AdS che possa firmare il consenso informato

William Charles Utermohlen

Diagnosi Alzheimer 1995



1967



1998



1999

Grazie

Vaccination holds immense significance in public health for several key reasons:

1. Prevention of Disease

•**Individual Protection:** Vaccines protect individuals from infectious diseases by stimulating the immune system to recognize and fight specific pathogens, reducing the risk of illness.

•**Herd Immunity:** Vaccination helps create herd immunity, reducing the spread of diseases to spread and protecting those who cannot be vaccinated.

2. Eradication of Diseases

•**Historical Successes:** Diseases like smallpox and polio have been eradicated through widespread vaccination.

•**Ongoing Efforts:** Vaccination is crucial for preventing the resurgence of diseases like measles and diphtheria.

3. Reduction of Disease Burden

•**Lower Mortality Rates:** Vaccines significantly reduce the death toll associated with many infectious diseases.

•**Decreased Disability:** Vaccination helps prevent long-term complications and hospitalizations.

4. Economic Benefits

•**Cost-Effectiveness:** Vaccination is a highly cost-effective strategy for preventing disease.

•**Economic Stability:** Reducing the burden of disease helps maintain economic productivity and healthcare systems.

5. Global Health Impact

•**Pandemic Prevention:** Vaccination is a key strategy for preventing and controlling global pandemics.

•**Rapid Response:** Vaccines are often developed and deployed rapidly in response to emerging threats.

to mitigate the impact of such outbreaks.

6. Promotion of Public Health

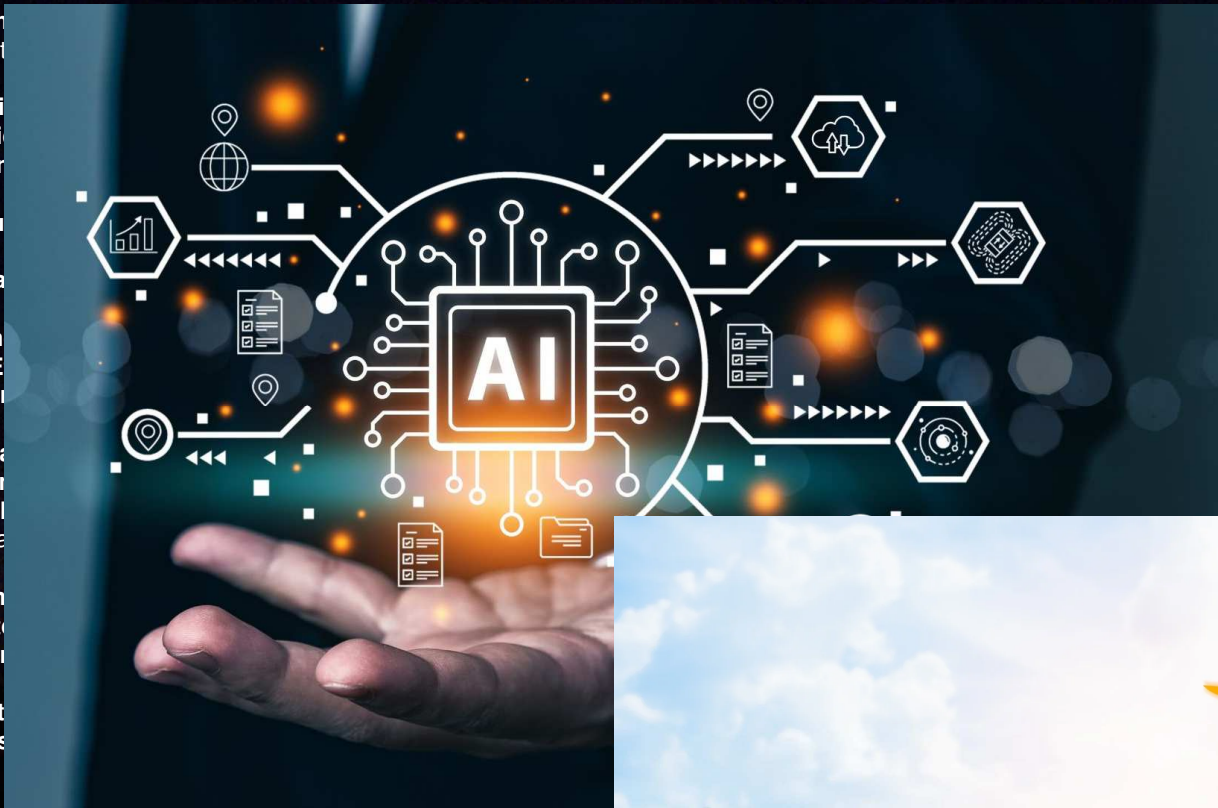
•**Long-term Health:** Vaccination contributes to the overall health and well-being of populations.

•**Trust in Healthcare:** Successful vaccination campaigns build trust in healthcare systems and public health initiatives.

7. Equity and Access

•**Access to Healthcare:** Ensuring equitable access to vaccines is a public health priority.

•**Global Health Initiatives:** Organizations like WHO and GAVI work to improve vaccine access in low-income countries.



In summary, vaccination is a critical tool in preventing disease, recognized as a cornerstone of modern public health that has saved millions of lives.

seases to spread and protecting those who cannot be

seases like polio, measles, and diphtheria. worldwide.

children. complications and hospitalizations.

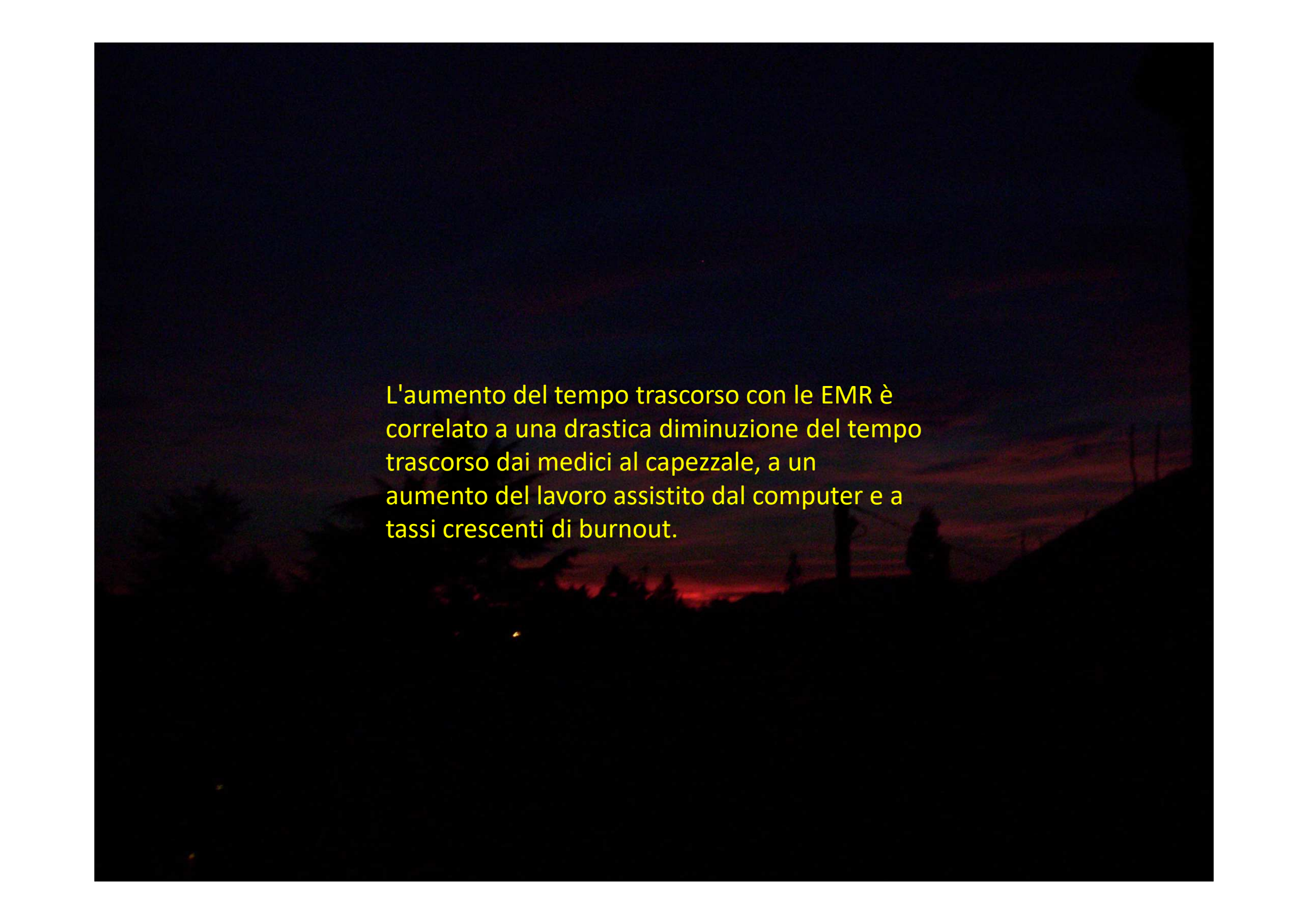
ted with treating diseases. en of disease on families and healthcare systems.

es. where vaccines were developed and deployed rapidly

aviors.

S.

In sintesi, la vaccinazione è una delle più importanti e efficaci misure di salute pubblica disponibili, essenziale per mantenere la salute individuale e collettiva.



L'aumento del tempo trascorso con le EMR è correlato a una drastica diminuzione del tempo trascorso dai medici al capezzale, a un aumento del lavoro assistito dal computer e a tassi crescenti di burnout.

Ogni protagonista ha una sua visione parziale della realtà.....

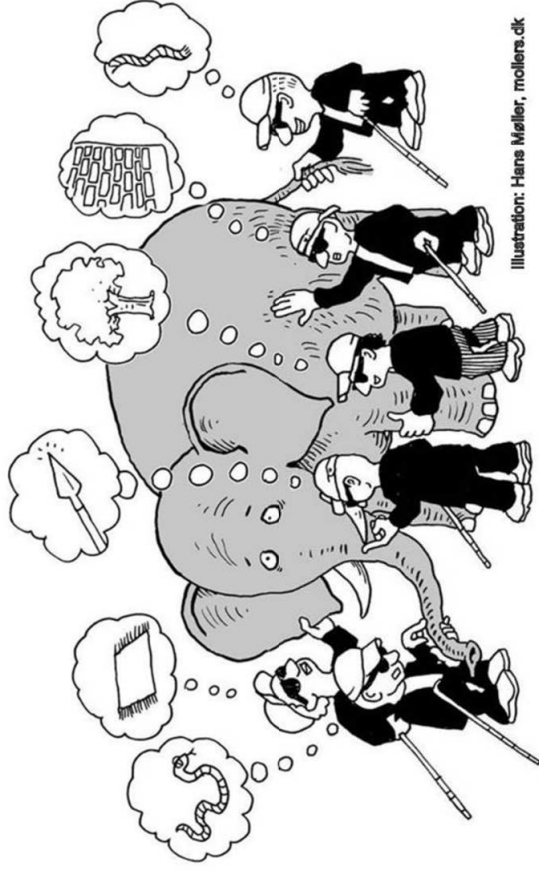


Illustration: Hans Møller, mollers.dk

TP

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI



CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

(2014)

Art. 54	modificato in data 16 dicembre 2016
Art. 56	modificato in data 19 maggio 2016
Art. 76	modificato in data 15 dicembre 2017
Art. 17	inseriti indirizzi applicativi allegati all'art. 17 e correlati in data 6 febbraio 2020

*«fornire ai medici le norme deontologiche dell'**agire clinico** al passo con le trasformazioni in corso nella medicina e nella società, **ai cittadini e alle istituzioni le necessarie garanzie** riguardo alle funzioni di competenza scientifica, di tutela dei diritti fondamentali della persona malata e di presidio della salute pubblica nel*

Art. 20

Relazione di cura

La relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta e sull'individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità.

Il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su un'informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura.



«Il tema del ruolo assunto dalla spesa sanitaria per rispondere ai bisogni di salute diventa ancora più rilevante se si considera la componente **long term care** (LTC) di natura sociale, difficilmente stimabile anche a causa dell'elevato ricorso a cure informali, e quantificabile in circa **25 miliardi di euro che annualmente ricadono totalmente nei bilanci delle famiglie italiane**».

Solo il numero delle badanti attive per la cura della non autosufficienza (3,9 mil di italiani) è pari a 1,15 mil, che quasi doppia gli attuali 650.000 dipendenti del SSN.

*Il sotto-finanziamento del SSN nel confronto internazionale: come raggiungere una spesa sanitaria aggregata sufficiente per coprire i bisogni
Francesco Longo CERGAS/SDA Bocconi BresciaMedica 394

Documentazione clinica

La cartella clinica è considerata un atto pubblico (atto pubblico di fede privilegiata)

“Due terzi dei medici accusati escono vincenti dai processi per *malpractice* e sono *quelli che* possono esibire alla Corte cartelle cliniche accuratissime le quali comprendono precise spiegazioni ai pazienti, sono bene leggibili, dimostrano i motivi della diversità fra diagnosi di ingresso in ospedale e diagnosi di dimissione, ecc.”

Barton H., *Medical records can win or lose a malpractice case*, *Texas Med.* 86, 33, 1990.



The use of EHRs was associated with a lower rate of malpractice claims

Table. Number of Malpractice Claims by Specialty Before and After EHR^a

Variable	Claims Before EHR Adoption (n = 49)	Claims After EHR Adoption (n = 2)
Primary responsible service		
Dermatology	2 (4)	0
Family medicine	3 (6)	0
Gastroenterology	1 (2)	0
General surgery	13 (27)	0
Internal medicine	8 (16)	1 (50)
Neurosurgery	2 (4)	0
Obstetrics/gynecology	4 (8)	0
Orthopedic surgery	3 (6)	1 (50)
Otolaryngology	5 (10)	0
Pediatrics	1 (2)	0
Plastic surgery	2 (4)	0
Psychiatry	3 (6)	0
Pulmonary disease	1 (2)	0
Urology	1 (2)	0
Time between date of loss and assert date, mean (SD), y ^b	2.5 (1.1)	1.6 (2.0)
Claims resulting in a payment	13 (27)	0



la medicina è una professione gentile?

*È nella sua natura, nelle sue origini. Ippocrate diceva “regolerò il tenore della mia vita per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio”

La medicina è una **pratica che diventa arte nobile** non per merito nostro, ma in quanto l'oggetto del nostro lavoro sono **la donna e l'uomo sofferenti**. Questa nobiltà di cui, senza presunzione, dobbiamo essere orgogliosi, si mantiene non con l'ostentazione, ma con la **pratica quotidiana della gentilezza**



****In medicina, come nella vita, la gentilezza comprende: capacità di ascolto, flessibilità, non durezza, adattabilità, insomma la percezione dell'altro anche se estraneo**

*Che cosa significa gentilezza di Alberto Scanni, già direttore Istituto Tumori Milano, Corriere della Sera 7 luglio 2022

**Della gentilezza e del coraggio, di Gianrico Carofiglio, Feltrinelli settembre 2020



*“La vita è breve,
l’arte vasta, l’occasione fuggevole,
l’esperienza malcerto,
il giudizio difficile.”*

Ippocrate 460 a.C.

Grazie

Un paziente con deterioramento cognitivo di grado lieve-moderato (MMSE 21/30) chiede di effettuare una vaccinazione contro il parere dei familiari (non AdS): il medico può/deve rispettare la sua volontà? E se il familiare è AdS?

L'indicazione (e controindicazione) a profilassi vaccinale è esclusivamente medica.

Se il familiare è ADS, e il suo mandato lo consente, deve esprimere consenso o dissenso in vece del paziente stesso.