

ACCANIMENTO TERAPEUTICO E MEDICINA DIFENSIVISTICA. QUESTIONI BIOETICHE

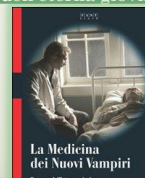
Giuseppe Zeppegno

ASCESA E DECLINO DELLA MEDICINA

Le tappe fondamentali della medicina moderna

- 1935: sulfamidici
- 1941: penicillina
- 1944: dialisi
- 1946: anestesia
- 1947: radioterapia
- 1948: impianto del cristallino
- 1949: cortisone
- 1950: streptomina
- 1954: trapianto di rene
- 1955: antipolio
- 1956: rianimazione
- 1957: cura dell'emofilia
- 1959: endoscopio di Hopkins
- 1960: contraccezione orale
- 1961: anca artificiale
- ...

Il sogno dell'eterna giovinezza



«Le nuove scoperte e le nuove realizzazioni nell'ambito della tecnologia biomedica hanno lasciato intravedere così tante possibilità di intervento sul corpo e sulla psiche da lasciarci immaginare un superamento dei limiti della stessa natura umana, quali l'invecchiamento e la morte» (p. XIII).

2

ALCUNE CONSEGUENZE

- Aumenta l'attenzione per la salute.
- I mass-media mettono in guardia dai rischi del tabacco, degli alcolici, dei bagni di sole, del cibo, ...
- Ogni giorno si evidenziano nuove insidie: latte scremato, margarina, monitor del computer, cellulare, ...
- Situazioni normali del ciclo vitale sono sempre più medicalizzati (es. menopausa).

3



- Ci si informa su internet e si esigono ulteriori accertamenti e visite specialistiche provocando la lievitazione della spesa sanitaria.

- Più esami il medico ha a disposizione, meno scientifica, cioè meno affidabile, diventa la medicina.

- I congegni più moderni e gli esami più sofisticati sono spesso fuorvianti e richiedono molto intuito per essere interpretati correttamente.

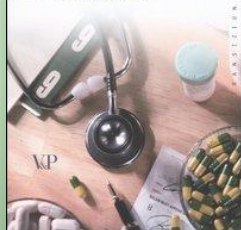


Peter Medawar
(1915-1987)
Premio Nobel per la
Medicina nel 1960

Peter Medawar, *The Future of Man* (1959)

4

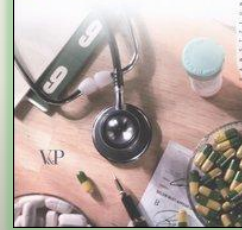
MEDICI DELUSI

James Le Fanu
Ascesa e declino
della medicina
moderna

«Ci si potrebbe aspettare che l'efficacia della medicina contemporanea ne renda particolarmente gratificante l'esercizio come professione, tuttavia inchieste recenti indicano con insistenza che sempre più i medici, specialmente i giovani, sono annoiati e delusi» (p. XVI).

5

PAZIENTI PREOCCUPATI

James Le Fanu
Ascesa e declino
della medicina
moderna

«I successi della medicina moderna, mitigando la paura della malattia e della morte prematura, dovrebbero far sì che gli individui nutrano una minore ansia circa la propria salute. Invece, la realtà mostra di nuovo il contrario di quello che sarebbe lecito aspettarsi. La quota di coloro che si dichiarano 'preoccupati per la propria salute' è aumentata negli ultimi trent'anni proporzionalmente all'incremento della insoddisfazione dei medici» (p. XVII).

6

DISTORTO USO DEL "CONSENSO INFORMATO"

Codice deontologico dei medici (2006)

Art. 35:

«Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso esplicito e informato del paziente».

«Il consenso, espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica si renda opportuna una manifestazione documentata della volontà della persona, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all'articolo 33 [...]».

Art. 33

«Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate [...]».

- Il ricorso alla forma scritta, anche quando non è richiesta dalla legge, pare motivata dalla tendenza difensivistica.
- Questo uso rende ulteriormente problematico il rapporto tra medico e paziente.



«Se il medico è così fortemente preso da questa esigenza documentale, o potremmo dire, probatoria, il paziente avverte questo disagio e questa potenziale conflittualità: questo clima non giova certo a quell'idilliaca alleanza terapeutica che invece dovrebbe essere lo scopo primo dei due interlocutori» (BIANCHETTI, 2010: 377).

8



L'IMPRECISA DIVULGAZIONE DEI DATI

Aiom Associazione Italiana di Oncologia Medica

In occasione del
Convegno presso l'Istituto dei Tumori di Milano (2006)
 il *Corriere della Sera* (18.09.2006) e *La Repubblica* (23.10.2006)
 pubblicarono i seguenti dati:

- 14mila morti all'anno per errori della Sanità secondo Associazione Anestesiisti Rianimatori; 50mila secondo Assinform
- 320mila pazienti danneggiati annualmente
- 10miliardi di euro di costi all'anno

GENOVESE U., «Uno nessuno e centomila», in *Management della Sanità*, 30 marzo 2008:

riferendosi ai ricorsi medico-legali dimostra che i dati presentati dai media descrivono una situazione molto più critica del reale.

10

DALLA MALASANITÀ ALLA MEDICINA DIFENSIVA

- TANCREDI L. R. – BARONDESS J. A. (1978), «The Problem of Defensive Medicine», in *Science*, 200: 879-882.
- US CONGRESS, OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT (1994), *Defensive Medicine and Medical Malpractice*, OTA – H – 602, US Government Printing Office, Washington.
- STUDDERT D. M. ET AL. (2005), «Defensive Medicine among High-Risk specialist physicians in a Volatile Malpractice Environment», in *JAMA*, 293: 2609-2617.
- HIYAMA T. ET AL. (2006), «Defensive Medicine Practices among Gastroenterologists in Japan», in *W.J.G.*, 21, 12(47): 7671-7675.

11

DEFINIZIONE
 DELL'OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT – USA

- I pazienti hanno minore disponibilità ad accettare le complicanze o gli insuccessi connessi con la prestazione medica.
- Sono sempre più frequenti le **controversie giudiziarie** che coinvolgono sia singoli medici sia intere équipe.
- I medici si difendono
 - proponendo esami, visite e trattamenti sanitari superflui;
 - rinunciando a prendere in carico pazienti ad alto rischio;
 - rifiutando di coinvolgersi in interventi chirurgici, procedure diagnostiche o terapeutiche innovative.

Quando i medici prescrivono extra test o procedure per ridurre la loro esposizione ad un giudizio di responsabilità per malpractice, essi praticano una medicina difensiva positiva. Quando essi evitano certi pazienti o procedure, essi praticano una medicina difensiva negativa.

LA SITUAZIONE ITALIANA

PUBBLICAZIONI
 2010-2011

Il problema della medicina difensiva
 I SACCI di Responsabilità Sanitaria
 La medicina difensiva
 Medicina legale orientata per progetti
 La salute e le regole
 MEDICINA E SANITÀ: SNOI CRUCIALI
 Una filosofia per la medicina
 LE RESPONSABILITÀ IN MEDICINA
 La responsabilità in medicina

13

L'INCIDENZA DEL FENOMENO

Dei medici intervistati:

- 90,5%: almeno un comportamento di M.D. durante l'ultimo mese di lavoro;
- 77,7%: esami di laboratorio non necessari;
- 72,8%: registrazioni inutili nella cartella clinica;
- 67,3%: richieste consulenze specialistiche non necessarie;
- 64,1%: prescritto esami invasivi inutili;
- 63,3%: richiesto ricovero su pressione dei familiari;
- 61,2%: richiesto ricovero nonostante il paziente potesse essere gestito ambulatorialmente;
- 51,8%: enfatizzato alcuni aspetti clinico-anamnestici per motivare la congruità della diagnosi.

14

LE GIUSTIFICAZIONI ADDOTTE

PUBBLICAZIONI
 2010-2011

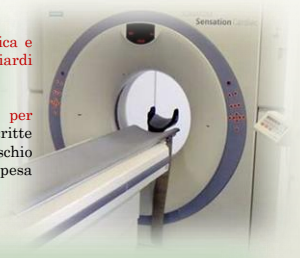
- 69%: timore di un contenzioso medico-legale;
- 50,4: timore di ricevere richieste di risarcimento;
- 50,2%: timore di sbagliare per stanchezza e superlavoro;
- 50%: influenza di precedenti contenziosi occorsi ai colleghi;
- 34,3%: esperienze personali di contenziosi;
- 26,4%: timore di ricevere una pubblicità negativa;
- 21,2%: timore di incorrere in sanzioni disciplinari/amministrative.

15

INCHIESTA DELL'ORDINE DEI MEDICI DI ROMA CONDOTTA DAL PROF. ALDO PIPERNO UNIVERSITÀ DI NAPOLI FEDERICO II RESA NOTA IL 23 NOVEMBRE 2010

PUBBLICAZIONI
 2010-2011

16



o In Italia la spesa sanitaria pubblica e privata si aggira attorno ai 134 miliardi di euro (109 pubblici e 25 privati).

o Quasi 13 miliardi sono spesi per prestazioni che non servono, prescritte con l'unico scopo di cautelarsi dal rischio di denunce future (11,8% della spesa sanitaria pubblica e privata).

o Il 78,2 % dei medici intervistati si sente oggi più a rischio di ricevere un esposto o una denuncia rispetto al passato.

o Il 65,4% si sente sotto pressione nella pratica clinica di tutti i giorni.

17

FARMACI (3,7% DELLA SPESA SANITARIA)



o Il 53 % dei medici dichiara di prescrivere farmaci per ragioni di medicina difensiva (13% circa del totale).

o Il fenomeno è più accentuato presso i medici giovani, quelli di assistenza primaria, in chirurgia, ostetricia-ginecologia, ortopedia e medicina di urgenza, residenti nelle regioni del sud e delle isole.

VISITE SPECIALISTICHE (2,4% DELLA SPESA SANITARIA)



o Il 73 % e oltre dei medici dichiara di prescrivere visite specialistiche per ragioni di medicina difensiva (21% del totale).

o Il fenomeno è più accentuato presso i medici fino a 44 anni d'età, in assistenza primaria, medici ospedalieri, in medicina interna, in nefrologia-urologia, neurologia e neurochirurgia, ortopedia, ostetricia-ginecologia e medicina di urgenza, residenti nelle regioni del sud e delle isole.

19

ESAMI DI LABORATORIO (0,8% DELLA SPESA SANITARIA)



o Il 71% dei medici dichiara di prescrivere esami di laboratorio per ragioni di medicina difensiva (21% circa del totale).

o Il fenomeno è più accentuato presso i medici ospedalieri pubblici, in assistenza primaria, chirurgia, medicina interna, nefrologia-urologia, ortopedia, ostetricia-ginecologia e medicina d'urgenza, residenti nelle regioni del sud e delle isole.

ESAMI STRUMENTALI (0,8% DELLA SPESA SANITARIA)

Il 75,6% dei medici dichiara di prescrivere esami strumentali per ragioni di medicina difensiva (22,6 % circa del totale).



Il fenomeno è più accentuato presso i medici ospedalieri, in assistenza primaria, chirurgia, medicina interna, nefrologia-urologia, ortopedia, ostetricia-ginecologia e medicina d'urgenza, residenti nelle regioni del sud e delle isole.

21

RICOVERI (3,2% DELLA SPESA SANITARIA)

- Il 49,9 dei medici dichiara di prescrivere ricoveri per ragioni di medicina difensiva (11% circa di tutte le prescrizioni).



Il fenomeno è più accentuato presso i medici giovani, i medici di ospedale pubblico, in cardiologia, chirurgia, medicina interna, ostetricia-ginecologia e medicina d'urgenza, residenti nelle regioni del sud e delle isole.

22

MEDICINA DIFENSIVA E ACCANIMENTO

L'accanimento terapeutico è il tentativo d'opporci con mezzi sproporzionati al processo fisiologico della morte, prolunga l'agonia, che diventa lunga, sfiancante e dolorosa.

«Il medico, anche tenendo conto dell'...

... la funzione tutela la volontà

La medicina difensiva non si configura necessariamente come forma di accanimento terapeutico.

Indagini diagnostiche, consulenze specialistiche, ricoveri non necessari, ..., non hanno tendenzialmente lo scopo di opporsi al processo fisiologico della morte, ma di evitare successive denunce per scarso intervento.

Le prescrizioni inutili autorizzano il medico a difendersi anticipatamente permettendogli di sostenere che ha fatto tutto il possibile.

19/09/2011

MEDICINA DIFENSIVA E SISTEMA SANITARIO

FIORI A., «La medicina delle evidenze e delle scelte sta declinando verso la medicina dell'obbedienza giurisprudenziale?» in *Rivista italiana di Medicina legale* 4-5(2007): 925-931

Spesso il singolo medico pratica la medicina difensiva in obbedienza ai pronunciamenti giurisprudenziali o alle indicazioni dell'amministrazione dell'azienda sanitaria in cui opera.

Codice di deontologia medica (2006)
Art. 68 [...] Il medico qualora si verifichi contrasto tra le norme deontologiche e quelle proprie dell'ente, pubblico o privato, per cui presta la propria attività professionale, deve chiedere l'intervento dell'Ordine, onde siano salvaguardati i diritti propri e dei cittadini [...].

Codice di deontologia medica (2006)
Art. 69: Il medico che svolge funzioni di direzione sanitaria nelle strutture pubbliche o private ovvero di responsabile sanitario in una struttura privata deve garantire, nell'espletamento della sua attività, il rispetto delle norme del Codice di Deontologia Medica e la difesa dell'autonomia e della dignità professionale all'interno della struttura in cui opera. [...].

Art. 70: Il medico dipendente o convenzionato deve esigere da parte della struttura in cui opera ogni garanzia affinché le modalità del suo impegno non incidano negativamente sulla qualità e l'equità delle prestazioni nonché sul rispetto delle norme deontologiche. [...] Il medico non deve assumere impegni professionali che comportino eccessi di prestazioni tali da pregiudicare la qualità della sua opera professionale e la sicurezza del malato.

DALLA MEDICINA DIFENSIVA ALLA MALASANITÀ

Caso: cesareo per estrazione di feto morto

- o donna di 34 a. alla seconda gravidanza
- o 26^a sett. diagnosi di ipoplasia renale fetale
- o 28^a sett. si propone l'anticipazione del parto, la gestante rifiuta
- o in seguito si riscontra la morte endouterina del feto e si propone di procedere con l'induzione all'espulsione naturale del feto
- o la gestante rifiuta non sopportando l'idea di assistere alla venuta alla luce del feto morto e richiede taglio cesareo
- o l'anestesia provoca complicanze cardiocircolatorie con conseguente grave emiparesi di sx che si stabilizza con una forma emiparetica di media gravità.



Il cesareo, procedura chirurgica non priva di rischi, è giustificato per garantire la salvaguardia della vita e della salute del nascituro o per evitare rischi alla donna (non aveva pertanto indicazioni plausibili in questo caso).

Fu praticato per volontà della donna determinata a sovvertire un corretto itinerario decisionale.

Fu motivato dalla determinazione dei medici a evitare ripercussioni negative a sfondo legale a fronte di un contrasto con la paziente.

MARIOTTI P. ET AL., 2011: 46-47.

UNA PROPOSTA DI SOLUZIONE:
LINEE GUIDA PER UNA "EVIDENCE BASED MEDICINE"

- o **Evidence Based Medicine:** «uso esplicito e coscienzioso delle migliori evidenze (prove di efficacia) biomediche al momento disponibili al fine di prendere decisioni per l'assistenza del singolo paziente» (SACKETT ET AL., 1996: 71-72).
- o **Linee guida:** «raccomandazioni elaborate a partire da una interpretazione multidisciplinare e condivisa delle informazioni scientifiche disponibili, per assistere medici e pazienti nelle decisioni che riguardano le modalità di assistenza appropriate in specifiche circostanze cliniche» (GRILLI ET AL., 1995: 21-32).

26

DECRETO LEGISLATIVO 19 GIUGNO 1999, N. 229
"NORME PER LA RAZIONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, A NORMA DELL'ARTICOLO 1 DELLA LEGGE 30 NOVEMBRE 1998, N. 419"
GAZZETTA UFFICIALE N. 165 DEL 16 LUGLIO 1999 - SUPPLEMENTO ORDINARIO N. 132

Art. 1,10. Il Piano sanitario nazionale indica:

- o a) le **aree prioritarie di intervento**, anche ai fini di una progressiva riduzione delle disuguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;
- o b) i **livelli essenziali di assistenza sanitaria da assicurare** per il triennio di validità dei Piano;



c) la **quota capitaria di finanziamento** per ciascun anno di validità del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza;

d) **gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio Sanitario Nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza**, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovra-regionale;

28

e) i **progetti-obiettivo da realizzare** anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali;



o f) le **finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria**, prevedendo altresì il relativo programma di ricerca;

29

- o g) le **esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale**, nonché al fabbisogno e alla valorizzazione delle risorse umane;
- o h) le **linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici** allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza;
- o i) i **criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati** in rapporto a quelli previsti.

30

IL RITORNO ALLA MEDICINA DIFENSIVISTICA

o Le linee guida **contribuiscono a migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie** e possono costituire un **utile aiuto valido per i medici chiamati a gestire le concrete situazioni cliniche**.



o Possono però **provocare la ricaduta nella medicina difensiva e causare imputazioni per condotta colposa** quando sono utilizzate in maniera acritica.

31

LA MIGLIOR STRATEGIA


«La medicina, benché tecnologizzata, **conserva ancora una forte componente di "arte"** cioè la personalizzazione che ogni medico conferisce al suo agire in ciascun caso singolo sulla base della propria esperienza e della propria sensibilità professionale.

I protocolli pertanto non possono avere un valore imperativo»

(Introna, 2010: 684).



32




James Le Fanu
Ascesa e declino
della medicina
moderna

«Le virtù senza tempo del buon senso e della capacità di osservazione potranno trionfare sulla superficiale frenesia del presente, anche grazie alla riaffermazione del rapporto umano e personale tra medico e paziente. Il medico di fiducia ascolta con attenzione quello che gli viene detto e ricorre solo agli esami clinici realmente necessari alla diagnosi. Resta nei limiti del problema che ha di fronte e non si concede escursioni nel campo dei consigli gratuiti o inopportuni. Riconosce i limiti dell'intelletto umano e i limiti pratici di ciò che la medicina può legittimamente sperare di raggiungere» (p. 483).

33

IL PAZIENTE "PERSONA"



- «Il centro della medicina deve essere il **paziente come persona**, non la malattia».
- «Un paziente è un essere con la sua storia, un suo cammino, i suoi stili di vita, le sue situazioni personali».
- «Il medico **non** è un "sarto del corpo" chiamato a ricucire gli squarci delle intemperie della vita, né un abile "idraulico" di una fisiologia alterata».
- «Il medico è il professionista della cura della salute, cioè un **conoscitore dell'uomo**, perché la salute umana non è qualcosa che non funziona, ma "qualcuno", un **soggetto personale sofferente**».



Alleanza


Empatia

Ascolto

Comprensione

«Accompagnare un malato è esserci, è prossimità e comprensione dello stato che il malato vive, è quasi un affrontare insieme il problema, è uno stato nel quale sofferiamo con l'altra persona e ci sentiamo profondamente coinvolti» (p. 197).

PER UN APPROFONDIMENTO



Medical Humanities
e Bioetica clinica

Bioetica
e medicina narrativa

36

GRAZIE
PER LA VOSTRA CORTESE ATTENZIONE!



Immagini:
www.google.it
(ad uso didattico)