



Il medico tra deontologia e diritto

Trento, 8 aprile 2013

Marco Clerici

medico “E” Diritto

- “Riconosciuto” nella funzione dell’accertamento e/o sanzione dell’errore
- “Vissuto” come sostanzialmente casuale (es terapie per tribunale : Di Bella, Stamina) *
- “Subito” come sostanzialmente illogico (es obbligo visita per ogni certificazione malattia)

**Art.13*

Sono vietate l’adozione e la diffusione di terapie e di presidi diagnostici non provati scientificamente o non supportati da adeguata sperimentazione e documentazione clinico scientifica

medico “E” deontologia

- *Il rispetto delle norme deontologiche “sembra” bastare
- La professione “basta” a se stessa, ma tutela gli altri?
- E l’autoreferenzialità? E la difesa corporativa?



- La deontologia non “basta” se non riflette sul rapporto medico/società/pazienti

medico “TRA” deontologia e Diritto? Mah...

- in un anno la percezione del problema “TRA”
- 6-7 volte in materia di sessualità/fertilità/procreazione (ivg,contraccezione emergenza, ecc) [definizione legislativa]
- una decina di volte in tema di scelte fine vita (accanimento terapeutico, consapevolezza, sedazione terminale, ecc) [manca definizione legislativa]



Meglio :medico “TRA” deontologia e diritti

costituzionali ? Fondamentali?



- A. diritti collettivi/individuali
- B. diritti inter-individuali

A.Deontologia “TRA” diritti collettivi/individuali

- **Contesto emergente:**
 - consapevolezza “nuova” che le risorse diminuiranno forse per un lungo periodo
 - salvaguardando il principio solidaristico ed universalistico del SSN ?
- **Contesto dominante:**
 - Ridurre il sovra-utilizzo dei servizi sanitari viene identificato come un razionamento
 - Le cure sono sempre benefiche
 - Più procedure, più trattamenti identificano una migliore assistenza
 - Più un test è sofisticato più aumenta il suo “fascino”

Un esempio quotidiano

Lombalgia non specifica **persistente** :da 6 settimane a 1 anno



2009

1. Non evidenze che l'esecuzione di rx dia un beneficio clinico in termini di dolore e/o disabilità

Tuttavia i pazienti ritengono di essere meglio assistiti se viene prescritto un rx

2. Non evidenze che l'esecuzione di RM rispetto a rx dia un beneficio clinico in termini di dolore e/o disabilità.

Tuttavia i pazienti ritengono di essere meglio assistiti se viene prescritta una RM piuttosto che un rx

A. Deontologia “TRA” diritti collettivi/individuali : i pazienti ad alto o basso rischio

- Anche se un intervento medico ha dimostrato produrre un chiaro beneficio in gruppi selezionati di pazienti, nelle persone con malattia meno grave o a minor rischio di malattia può produrre più danni che benefici
- Anche se un esame diagnostico si è rivelato utile la sua ripetizione non necessaria può produrre più danni che benefici
- **Antidepressivi nella depressione maggiore vs pazienti con disturbo depressivo**
- **TAC ripetute per “follow up” aumentano il rischio oncologico nei long -survivors**

Art.21

*.. affrontare nell’ambito delle specifiche responsabilità e competenze ogni problematica con il massimo scrupolo e disponibilità, dedicandovi il tempo necessario per una accurata valutazione dei dati oggettivi, in particolare dei dati anamnestici, avvalendosi delle procedure e degli strumenti ritenuti essenziali e coerenti allo scopo **e assicurando attenzione alla disponibilità dei presidi e delle risorse.***

A.Deontologia “TRA” diritti collettivi/individuali

- È quindi necessario elaborare gli strumenti culturali che orientino le scelte sulla razionalizzazione e redistribuzione delle risorse, nella consapevolezza che ogni atto medico ha implicazioni sul singolo paziente e sulla comunità intera, recuperando una deontologia del quotidiano che merita una riflessione teorico-disciplinare.
- Sistemi di riconoscimento/pagamento che premiano le procedure piuttosto che “parlare” con i pazienti
- Il “glamour” della tecnologia
- Il “technology creep”

Art.13

Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche tenuto conto dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente secondo criteri di equità.

non è la stessa cosa sul piano dei diritti collettivi/individuali una medicina che....

- preferisce la strategia dell'alto rischio, sia in diagnosi che in terapia
 - Definisce con prudenza le malattie
 - Quantifica i benefici e i rischi
 - "fare quello che ha senso"
 - Gli obiettivi: la quantità + la qualità della vita che resta
- Abbassa i livelli soglia di diagnosi e terapia
 - "il disease mongering" (DSM V)
 - "il rischio di.." è malattia
- Qualifica ma non quantifica rischi e benefici
- "fare tutto il possibile"
 - Gli obiettivi: l'aumento della sopravvivenza, ma anche l'intervallo libero, il tempo di progressione....

B. Deontologia “TRA” diritti inter-individuali: ciascuno di noi ha diritto ad essere riconosciuto malato, ma anche sano

- **Le soglie diagnostiche e/o le scelte terapeutiche sono un continuo bilancio “culturale” tra il diritto del malato e quello del sano ad essere riconosciuti tali**
- **L’industria, la medicina, i media, le associazioni dei malati hanno finora spinto continuamente il cut-off decisionale da una parte sola (il diritto dei malati..)**

B.Deontologia “TRA” diritti inter-individuali

- **Contesto emergente:**
 - **La definizione di malato/sano è artificialmente espressa da un valore soglia convenzionale**
 - - **La dicotomia sano/malato spesso non è netta (ci sono i quasi-sani e i quasi-malati)**
 - - **La dicotomia sano/malato cronico non è netta (ci sono cronici stabili per anni che fanno una vita “normale”)**
- **Contesto dominante:**
 - **Esiste un valore di cut-off “naturale” per cui al di sotto si è sani e al di sopra si è malati**
 - **Sotto il valore soglia non c’è rischio, sopra il rischio è uguale in quanto malati**

Deontologia “TRA” diritti inter-individuali

- - Anche nelle terapie più efficaci il numero di persone che assumerà il farmaco inutilmente sarà maggiore
- - Persino la scelta se collocarsi nel gruppo sani/malati, nelle condizioni di rischio intermedio, potrebbero essere personali
- - Per me, la probabilità del 13% di andare incontro ad un evento CV nei prossimi 10 anni mi definisce paziente (voglio un trattamento) o no?

B.Deontologia “TRA” diritti inter-individuali

- **Aspettare per vedere se un crescente sospetto può giustificare un'indagine o se i segni-sintomi si rivelano transitori OGGI non può competere con una “visualizzazione” immediata**
- **Esponde a maggior numero di falsi positivi se il rischio di malattia è basso**
- **Esponde anche a falsi negativi se un test è eseguito troppo precocemente**

B.Deontologia “TRA” diritti inter-individuali :l’informazione al “cittadino” l’elemento chiave

- **Art. 33 - Informazione al cittadino -**

“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 medico dovrà comunicare con il soggetto tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima partecipazione alle scelte decisionali e l’adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche. Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta. Il medico deve, altresì, soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione.”

- **Art. 35 - Acquisizione del consenso –**

“Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l’acquisizione del consenso esplicito e informato del paziente.”

Art.55

Nella comunicazione in materia sanitaria è sempre necessaria la massima cautela al fine di fornire una efficace e trasparente informazione al cittadino .

Informazione: è la stessa cosa se..?

- **Cos'è la mammografia**
E' il più efficace strumento di diagnosi precoce per lotta al tumore della mammella.
La mammografia è l'esame più idoneo per lo screening del tumore al seno.
A livello internazionale i programmi di screening mammografici nelle donne tra i 50 e 69 anni hanno portato ad una **riduzione delle morti per tumore al seno pari al 30%**.
Infatti, se il tumore viene curato nella fase iniziale del suo sviluppo, può essere mantenuta un'ottima qualità di vita.

www.apss.tn.it

BILANCIO QUANTITATIVO DEI BENEFICI E DEI RISCHI DELLA MAMMOGRAFIA¹

Bilancio dei benefici e dei rischi della mammografia come diagnosi precoce tra 1000 donne di età compresa tra 50 e 60 anni che si sottopongono ogni 2 anni alla mammografia per una durata di 10 anni	Tra 1000 donne che non fanno la mammografia	Tra 1000 donne che fanno la mammografia*
Decedute per tumore al seno	6	4
Decedute per altre cause	25	25
Non decedute	969	971
Diagnosi: tumore al seno	20	33
Donne con almeno un referto mammografico sospetto (falso allarme)		242
Donne con un referto mammografico "falso negativo"		5
Donne a cui è effettuata una biopsia per chiarire un falso allarme		64
Donne con una sovradiagnosi		2-10 ²

*Ogni donna del gruppo "con mammografia" è sottoposta complessivamente a 5 esami mammografici nell'arco di 10 anni.

Il beneficio dal punto di vista della riduzione della mortalità tra 1000 donne di età compresa tra 50 e 60 anni che si sottopongono ad uno screening mammografico, è di 2 decessi evitati sull'arco di 10 anni.



2012: raccomandazioni US Preventive Services Task Force

“ Vi sono convincenti evidenze che lo screening con PSA può determinare la diagnosi di molti casi di cancro asintomatico e che una sostanziale percentuale di essi non andrà in progressione o si svilupperà così lentamente da rimanere asintomatico per tutta la vita dei pazienti. Il che significa che lo screening con PSA può causare un numero considerevole di sovradiagnosi”.

“ Quali sono i benefici e i danni di sottoporre a screening 1000 uomini età con un test PSA periodico (ogni 1-4 anni) per 10 anni?” .

Beneficio: - morte per cancro alla prostata senza screening : 5 uomini su 1000

Morte per cancro alla prostata con screening : 4-5 uomini su 1000

Rischio : - almeno un test PSA falso positivo (con successiva biopsia) : 100-120 su 1000

Il diritto all'informazione più idonea: la deontologia basta a sè stessa?

Il cittadino dovrebbe essere informato sulla dimensione specifica e sulla quantificazione reale dei potenziali rischi e benefici dei test di screening. Ridurre la precisione di queste informazioni viola il principio del rispetto dell'autonomia.

Può esistere una questione sul principio di beneficiabilità quando fornisco informazioni che possono determinare nel paziente la scelta di rifiutare servizi di prevenzione che hanno dimostrato ridurre morbilità e/o mortalità?

A+B.Deontologia “TRA” diritti : **LESS IS MORE**

- American Medical Association: dal 2010 pubblica su una sua rivista (Archives of Internal Medicine / JAMA Internal Medicine) una serie di ricerche “ che evidenziano come il sovrautilizzo di assistenza medica può risultare in un danno e come meno assistenza a volte può produrre maggiore salute”
- “ Praticamente tutti i test diagnostici, tutti i farmaci, tutte le procedure chirurgiche e gli interventi di prevenzione presentano dei rischi di effetti dannosi. In alcuni casi è provato che i rischi superano i vantaggi.”
- “Molte procedure sono largamente utilizzate prima che vengano prodotte prove convincenti sul rapporto beneficio/rischio con studi di dimensioni e di metodologia adeguata”

A+B.Deontologia “TRA” diritti : CHOOSING WISELY

- 2011 : ABIM Foundation USA
- Come possono medici e pazienti stabilire una discussione esplicita necessaria ad assicurare che la giusta assistenza è fornita al tempo giusto?
- *Choosing Wisely* è ideata per incoraggiare medici e pazienti a pensare ai test e alle procedure che possono essere considerate non necessarie e in alcuni casi dannose
- Per iniziare questa discussione alcune società scientifiche hanno creato liste di 5 “[Things Physicians and Patients Should Question](#)” (raccomandazioni che dovrebbero essere discusse per aiutare a prendere decisioni sagge sulla cura più appropriata).
- Ad oggi 35 società medico-scientifiche hanno aderito alla campagna

Don't screen for carotid artery stenosis (CAS) in asymptomatic adult patients.

Don't order annual electrocardiograms (EKGs) or any other cardiac screening for low-risk patients without symptoms.

Don't recommend percutaneous feeding tubes in patients with advanced dementia; instead, offer oral assisted feeding.



Choosing Wisely

Don't routinely prescribe antibiotics for acute mild-to-moderate sinusitis unless symptoms last for seven or more days, or symptoms worsen after initial clinical improvement.

Don't use dual-energy x-ray absorptiometry (DEXA) screening for osteoporosis in women younger than 65 or men younger than 70 with no risk factors.

Antibiotics should not be used for apparent viral respiratory illnesses (sinusitis, pharyngitis, bronchitis).

Don't perform echocardiography as routine follow-up for mild, asymptomatic native valve disease in adult patients with no change in signs or symptoms.

Don't delay palliative care for a patient with serious illness who has physical, psychological, social or spiritual distress because they are pursuing disease-directed treatment.

Don't perform routine annual cervical cytology screening (Pap tests) in women 30–65 years of age. (ogni 3 anni)



Choosing Wisely

Computed tomography (CT) scans are not necessary in the immediate evaluation of minor head injuries

Don't obtain screening exercise electrocardiogram testing in individuals who are asymptomatic and at low risk for coronary heart disease.

Don't use antipsychotics as first choice to treat behavioral and psychological symptoms of dementia.



Choosing Wisely

Avoid using medications to achieve hemoglobin A1c <7.5% in most adults age 65 and older; moderate control is generally better.

Don't do imaging for uncomplicated headache.

Don't obtain imaging studies in patients with non-specific low back pain.

Una domanda per finire.....

Ci può essere uno spazio oggi ad una riflessione collettiva e multidisciplinare sulle dimensioni deontologiche, ma anche dei diritti:

- su queste asimmetrie nella pratica della medicina (condividiamo dei confini alla medicalizzazione ?)
- sulle sue implicazioni in termini di scelte del sistema sanitario pubblico (definiamo degli standard di qualità ai diritti di informazione?)
- sulla sostenibilità futura di un sistema universalistico ed equo (dove vanno i cut-off quando si restringono le risorse?)