



Il consenso “realmente” informato in chirurgia Endocrina Rischio dell’ attendismo



Bari,
7-10 novembre 2013

Amedeo Carraro, MD PhD
Chirurgia Generale I Centro Trapianti di Fegato
DAI di Chirurgia Generale e Odontoiatria
Direttore Umberto Tedeschi, MD
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata
Verona

Bari, 10/11/2013



www.associazionemedicinenocimze.it



www.aace.com

12° Congresso Nazionale AME

Associazione Medici Endocrinologi

6th Joint Meeting with AACE

American Association of Clinical Endocrinologists

Update in Endocrinologia Clinica

7-10 novembre 2013

Bari, Sheraton Nicolaus Hotel & Conference Center



Bari,
7-10 novembre 2013

IL CONCETTO

Chi è il medico attendista?



CHI è ATTENDISTA?



Bari,
7-10 novembre 2013

“Wait and see”



“Overtreat & overcheck?”



“Balancing”



Delay & error!





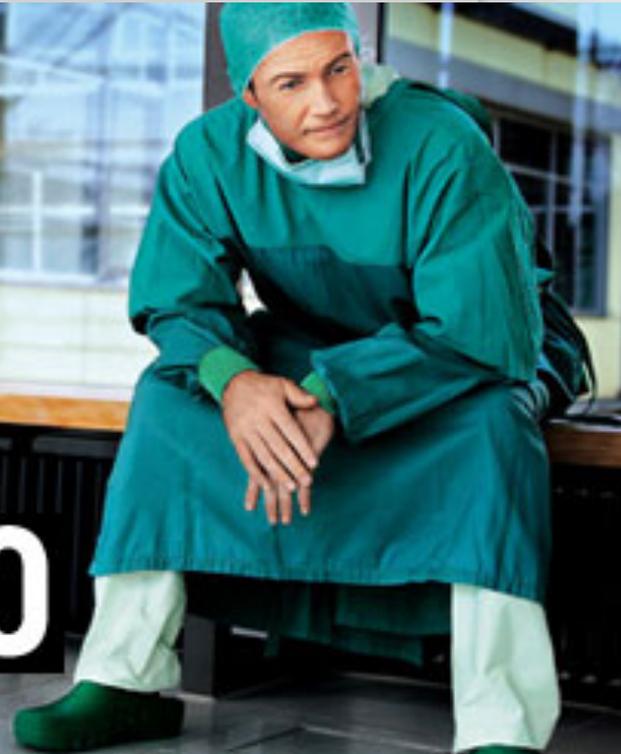
Bari,
7-10 novembre 2013

Spesso il risultato è:
allungamento dei tempi



Inchiesta

**DOTTORE
TI DENUNCIO**





Qual è il sentire comune ?



Bari,
7-10 novembre 2013

Paziente ha una interpretazione giornalistica

tutto presentato come “errore”

Errore: intervento inappropriato o omissione di intervento

Nessuna distinzione tra:

ERRORE, EVENTO AVVERSO

COMPLICANZA e

ITER DIAGNOSTICO



Bari,
7-10 novembre 2013

Responsabilità del medico "attendista"

Lo specialista non può mai adagiarsi: suo dovere è adoperarsi attivamente per il malato. «La posizione di garanzia del medico non può essere interpretata come un ruolo di mera attesa, ma comporta la **ragionevole aspettativa** dell'intrapresa di tutte le iniziative (diagnostiche e terapeutiche) che consentano di produrre effetti positivi sulle condizioni di salute del paziente».

A dirlo è la **quarta sezione penale della Cassazione** che ha giudicato infondato il ricorso presentato da un cardiologo e un chirurgo che erano stati condannati dalla Corte d'appello di Palermo a sei mesi di reclusione per l'omicidio colposo di un paziente.



Problema? Analisi del processo



Bari,
7-10 novembre 2013



a che dettaglio facciamo l'analisi del rischio?



risultato...



Bari,
7-10 novembre 2013

- Aumento delle prestazioni (esami sofisticati, costosi e trattamenti supplementari)
- Rinvio delle prestazioni (coinvolgimento altre figure professionali, indirizzando il paziente ad altri etc..)
- Rifiuto di trattare pazienti ad alto rischio
- Riduzione aggressività chirurgica



Bari,
7-10 novembre 2013

QUANDO la SOLUZIONE del PROBLEMA diventa IL PROBLEMA

Esasperazione dell'atteggiamento



MEDICINA DIFENSIVA

Centro Studi "Federico Stella" sulla Giustizia Penale e la Politica Criminale per SIC



Bari,
7-10 novembre 2013

I risultati della ricerca

- il **77,9%** del campione ammette di avere adottato almeno un comportamento di Medicina Difensiva durante l'ultimo mese di lavoro;
- l'**82,8%** dichiara di avere inserito in cartella clinica annotazioni non disponibili;
- il **69,8%** afferma di aver proposto il ricovero di un paziente in ospedale, non ostante fosse gestibile in ambulatorio o a domicilio;
- il **61,9%** dichiara di aver prescritto un numero maggiore di esami diagnostici rispetto a quello necessario;
- il **58,6%** dichiara di essere ricorso alla consultazione non necessaria di altri specialisti;
- il **51,5%** afferma di aver prescritto farmaci non necessari;
- il **26,2%** dichiara di avere escluso pazienti "a rischio" da alcuni trattamenti, oltre le normali regole di prudenza.

Le motivazioni principali dichiarate dagli intervistati per spiegare i comportamenti di medicina difensiva adottati.

- l'**80,4%** ha timore di un contenzioso medico-legale;
- il **55,7%** risente l'influenza di precedenti esperienze di contenziosi a carico dei propri colleghi;
- il **59,8%** ha timore di ricevere una richiesta di risarcimento;
- il **51,8%** è influenzato da precedenti esperienze personali di contenzioso;
- il **43,5%** esprime il timore di ricevere una pubblicità negativa da parte dei mass media.

Le cause della medicina difensiva sono un serio ostacolo al miglioramento della qualità dell'assistenza. In molti casi la medicina difensiva aumenta i costi e la numerosità delle procedure e degli accertamenti.



Analisi del problema



Bari,
7-10 novembre 2013

COME COMPORTARSI

Ed evitare un attendismo rischioso?



IMPLEMENTAZIONE



Bari,
7-10 novembre 2013

si articola su:

1. *Rapporto chirurgo-paziente: gestione rapporto chirurgo/paziente (consenso informato); Valutazione e indicazione;*
2. *Applicazione di linee guida;*
3. *Chirurgia evidence-based;*
4. *Analisi degli indici e degli indicatori di efficienza, efficacia ed economicità.*



(1) Rapporto chirurgo paziente

CONSENSO INFORMATO



Bari,
7-10 novembre 2013

...il paziente diventa consapevole

L' "ex-paziente", che aveva solo obblighi (ubbidienza, fiducia, pazienza), è diventato titolare di **diritti** che vanno **garantiti**: il diritto all'informazione, al consenso e al rifiuto consapevole dell'atto medico, alla privacy, a soffrire il meno possibile, a una qualità di vita accettabile nonostante la malattia...



Un esempio: Caso Clinico



Bari,
7-10 novembre 2013

RF, maschio 69 aa

- **APR:** ipertensione arteriosa, ex-fumatore (stop 20 aa fa), nefrolitiasi, stipsi cronica;
- **APP:** da alcuni mesi astenia e dolori toracici: ricoverato in Cardiologia (giugno 2013) con impianto di PMD per malattia del nodo del seno;
- persiste sintomatologia



Bari,
7-10 novembre 2013

Caso Clinico

RF, maschio 69 aa

Neoformazione del lobo polmonare superiore sinistro con linfonodo paratracheale sinistro; neoformazione surrenalica destra con SUV basso alla PET (metastasi o primitivo?). Neoformazione renale destra non visibile alla PET. Ipercalcemia lieve (paraneoplastica?).

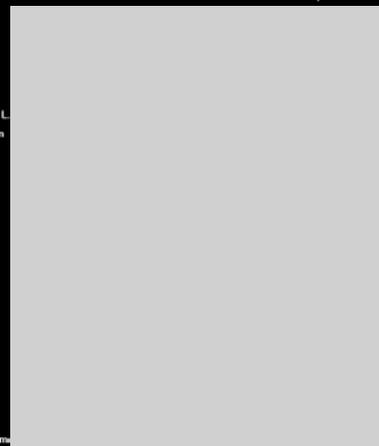
Markers: CEA 73 → 99, Ca 19.9: 156 → 525; Ca 125;
non significativi markers neuroendocrini
Broncoscopia e BAL non significativi



Imaging



Bari,
7-10 novembre 2013





Timing



Bari,
7-10 novembre 2013



**Valutazione individualistica vs collegiale
multidisciplinare**



(2) QUO VADIS ?



Bari,
7-10 novembre 2013

- Valutazione soggettiva



Rinvio delle prestazioni (coinvolgimento altre figure professionali, indirizzando il paziente ad altri etc.):
allungamento dei tempi di valutazione del paziente ed
introduzione di ulteriori variabili (eventi avversi, errori,
dimenticanze)

- Il timore di sbagliare comporta



- assenza di intervento
- ritardo di intervento

Atteggiamento responsabile del 40% degli errori medici
(1995-2006)



Bari,
7-10 novembre 2013





(2) Linee Guida



Bari,
7-10 novembre 2013

Raccomandazioni di comportamento clinico rivolte ai singoli operatori ed ai Servizi Sanitari, condivise e finalizzate ad indirizzare le decisioni verso scelte appropriate in specifiche circostanze cliniche e/o assistenziali.



Bari,
7-10 novembre 2013

(2) Linee Guida

CHIRURGIA SURRENALICA

Review

“AME position Statement on adrenal incidentaloma”

European Journal of Endocrinology 2011



Ai medici non sono consentite “negligenze o altro”



Bari,
7-10 novembre 2013

“Optimal Timing of Surgery in Well-Differentiated Thyroid Carcinoma Detected During Pregnancy”

In most patients, surgery on well-differentiated thyroid carcinoma detected during pregnancy can be delayed until after delivery (?)

Kee-Hyun Nam et Al. Journal of Surgical Oncology 2005;91:199-203

Management and follow-up of thyroid cancer in pregnant women

ACTA otorhinolaryngologica italiana 2011;31:358-365



(2) CHIRURGIA TIROIDEA



Bari,
7-10 novembre 2013

“Thyroid incidentalomas: to treat or not to treat”

Eur Arch otorhinolaryngol 2010

“Diagnostic, therapeutic and healthcare management protocols in thyroid surgery: 3rd Consensus Conference of the Italian Association of Endocrine Surgery Units (U.E.C. CLUB).

paragrafo: Modalità e tempi di ammissione

Minerva Chir 2013



(2) Evidence-based medicine

Livelli di raccomandazione

Chart 1 - The grading of recommendations and the levels of evidence for scientific articles, according to Cook *et al*⁽⁵⁾

Grades of Recommendation

A	Supported by, at least, two level I investigations
B	Supported only by one level I investigation
C	Supported only by level II investigations
D	Supported by, at least, one level III investigation
E	Supported by level IV or V Evidence

Evidence Levels

Level I	Randomized trials; great sample size; clear results; low risk of alpha (false-positive) or beta (false-negative) errors
Level II	Randomized trials; small sample size; uncertain results; moderate to high risk of alpha (false-positive) or beta (false-negative) errors
Level III	Nonrandomized, contemporaneous controls
Level IV	Nonrandomized, historical control and experts opinion
Level V	Case series; without control subjects and experts opinion



CLINICAL RISK MANAGEMENT



Bari,
7-10 novembre 2013

Strumento preventivo che si pone l'obiettivo di anticipare gli eventi avversi mediante l'identificazione, l'analisi ed il controllo degli errori in ambito sanitario.



Bari,
7-10 novembre 2013

CONCLUSIONI

□ l'etica medica deve basarsi sui canoni ippocratici, in cui la priorità è procurare un beneficio terapeutico al Paziente (principio di beneficialità) rispetto al diritto all'autodeterminazione del medico/chirurgo.

- **Valutazione MULTIDISCIPLINARE: classificazione corretta del paziente a seconda del grado di urgenza;**
- **Programmazione del planning chirurgico: corretta valutazione pre-operatoria del paziente;**
- **Ottimizzazione del rapporto chirurgo-paziente;**



Bari,
7-10 novembre 2013

GRAZIE!