

**IL PROBLEMA DELLA MEDICINA
DIFENSIVA:
UNA PROPOSTA DI RIFORMA**

A CURA DEL CSGP
(CENTRO STUDI "FEDERICO STELLA" SULLA GIUSTIZIA PENALE
E LA POLITICA CRIMINALE)

Coordinamento generale
PROF. GABRIO FORTI
(Facoltà di Giurisprudenza, Università Cattolica
del Sacro Cuore di Milano)

Fase I – La ricerca empirica

Coordinamento
PROF. MAURIZIO CATINO

(Facoltà di Sociologia, Università degli Studi di Milano-Bicocca)

Gruppo di lavoro:

AVV. PAOLA CATTORINI (CSGP, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano)

DOTT.SSA CHIARA LOCATELLI (Servizio MCQ, Ospedale Niguarda Cà Granda - Milano)

Dicembre 2008

INDICE

EXECUTIVE SUMMARY	3
INTRODUZIONE.....	6
1. L'ERRORE IN MEDICINA E LA MEDICINA DIFENSIVA	8
1.1. L'ERRORE IN MEDICINA, I DANNI, I COSTI.....	8
1.2. L'APPROCCIO ACCUSATORIO ALL'ERRORE.....	10
1.3. LA MEDICINA DIFENSIVA	13
2. L'INDAGINE QUALI-QUANTITATIVA. METODOLOGIA E RISULTATI	17
2.1. ASPETTI METODOLOGICI	17
2.2. CARATTERISTICHE SOCIO-ANAGRAFICHE DEL CAMPIONE	19
2.3. I COMPORTAMENTI DI MEDICINA DIFENSIVA	20
2.4. LE MOTIVAZIONI DEI COMPORTAMENTI DIFENSIVI	26
3. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE.....	31
BIBLIOGRAFIA	34
GLI AUTORI	38
ALLEGATI: IL QUESTIONARIO E LA CHECK LIST PER LE INTERVISTE.....	39

Executive summary

La Medicina Difensiva

La "Medicina Difensiva" – secondo la definizione fornita dal Congresso degli Stati Uniti d’America – si manifesta allorché il medico ordina esami, procedure o visite, o evita pazienti a rischio, o procedure ad alto rischio, principalmente (ma non esclusivamente) per ridurre la propria esposizione al contenzioso legale. Quando i medici svolgono esami o procedure in eccesso, praticano la c.d. *Medicina difensiva positiva*. Quando evitano alcuni pazienti o procedure, praticano la c.d. *Medicina difensiva negativa*” (U.S. Congress, 1994). Esistono, perciò, due tipi di comportamento difensivo: l’uno orientato ad effettuare azioni e procedure in esubero; l’altro indirizzato ad eludere alcuni trattamenti che possono essere considerati a rischio.

Tale fenomeno è strettamente collegato all’aumento costante delle richieste di risarcimento da parte dei pazienti, che rivela come – anche in Italia – la categoria degli operatori sanitari sia particolarmente esposta al rischio di dover affrontare procedimenti giudiziari, tanto in sede civile, quanto in sede penale.

Per rendersi conto dei termini del problema, è sufficiente ricordare come, nell’arco di dieci anni, dal 1995 al 2005, il numero dei sinistri denunciati alle imprese di assicurazione in Italia, nel campo della responsabilità civile nel settore sanitario, sia passato complessivamente da poco più di 17.000 a circa 28.500, facendo registrare un incremento del 65% (Ania, 2007).

La ricerca empirica

Al fine di individuare le soluzioni più efficaci per affrontare, sul terreno giuridico, tale preoccupante fenomeno, il CSGP (Centro Studi “Federico Stella” sulla Giustizia Penale e la Politica Criminale) ha innanzi tutto avviato una indagine empirica, diretta dal prof. Maurizio Catino e condotta con l’avv. Paola Cattorini e la dott.ssa Chiara Locatelli, volta a definire con precisione i termini e le dimensioni del problema. Questa prima fase della ricerca, i cui contenuti vengono sinteticamente presentati qui di seguito, costituisce la premessa indispensabile per l’impostazione di una serie di linee di riforma legislative, che i ricercatori del CSGP stanno attualmente sviluppando e sottoponendo a una validazione preliminare, mediante discussione nell’ambito di *focus group*, costituiti da medici, chirurghi e altri operatori sanitari.

L'obiettivo dell'indagine empirica è stato di misurare la frequenza dei comportamenti di "Medicina Difensiva" e di comprendere quali siano i fattori che spingono gli operatori sanitari a modificare in tale direzione il proprio comportamento professionale.

Tale fase della ricerca è stata articolata in due parti: una di tipo quantitativo e l'altra di tipo qualitativo.

Nella componente "quantitativa" è stato costruito un questionario strutturato, somministrato tramite posta elettronica a **1.000 medici** circa appartenenti alla Società Italiana di Chirurgia. Al questionario hanno risposto **307 medici**, generando **un tasso di risposta pari al 30%**.

Nella componente "qualitativa", invece, sono state condotte 21 interviste in profondità a medici di differenti reparti e specializzazioni: pronto soccorso, urologia, pediatria, chirurgia generale e d'urgenza, anestesia e rianimazione, endocrinologia, patologia della gravidanza, ginecologia e otorinolaringoiatria. Agli operatori intervistati sono state sottoposte alcune questioni indirizzate a cogliere l'entità del problema e indagare i fattori che possono favorire certi comportamenti difensivi.

I principali risultati

I medici intervistati mediante questionario dichiarano che il problema della Medicina difensiva è sempre più diffuso: il **77,9%** ammette di avere adottato almeno un comportamento di Medicina Difensiva durante l'ultimo mese di lavoro. Nello specifico:

- l'**82,8%** dichiara di avere inserito in cartella clinica annotazioni evitabili;
- il **69,8%** afferma di aver proposto il ricovero di un paziente in ospedale, nonostante fosse gestibile ambulatorialmente;
- il **61,3%** 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.

Queste le motivazioni principali dichiarate:

- l'**80,4%** ha timore di un contenzioso medico-legale;

- il **65,7%** 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.

La percezione di una prassi giurisprudenziale particolarmente rigorosa, sul terreno della responsabilità penale e civile, induce spesso i medici a modificare le proprie condotte professionali: la *tutela della salute del paziente* può, così, diventare, per il sanitario, un obiettivo subordinato alla *minimizzazione del rischio legale*.

Si segnala dunque come necessario, oltre che opportuno, un intervento di riforma legislativa, che punti a scongiurare i comportamenti di "Medicina Difensiva", nella ricerca di un equo bilanciamento tra l'esigenza di salvaguardare gli operatori sanitari da iniziative giudiziarie che spesso vengono avvertite come arbitrarie e ingiuste e la necessità di tutelare i diritti dei pazienti che si ritengano danneggiati da episodi di *medical malpractice*..

Introduzione

La Medicina Difensiva è identificabile in una serie di decisioni attive o omissive, consapevoli o inconsapevoli, e non specificatamente meditate, che non obbediscono al criterio essenziale del bene del paziente, bensì all'intento di evitare accuse per non avere effettuato tutte le indagini e tutte le cure conosciute o, al contrario, per avere effettuato trattamenti gravati da alto rischio di insuccesso o di complicanze.

Dall'osservazione dei dati a livello internazionale, i medici adottano frequentemente atteggiamenti di tipo difensivo, prescrivendo esami e terapie non necessarie (c. d. *Medicina difensiva positiva*) o evitando pazienti o procedure diagnostiche ad alto rischio (c. d. *Medicina difensiva negativa*).

Tale fenomeno origina principalmente dal crescente aumento delle richieste di risarcimento da parte dei pazienti contro i medici e contro le strutture sanitarie: + 65% in dieci anni (Ania, 2007)¹. Le numerose accuse dei pazienti che si ritengono danneggiati, pertanto, inducono diversi medici ad attuare una "strategia" utile a scongiurare la possibilità di mettere a rischio la propria professione².

Questo rapporto presenta i risultati di un'indagine sulla Medicina Difensiva all'interno di uno studio più generale, promosso dalla Società Italiana di Chirurgia (S.I.C.) e diretto dal Prof. Gabrio Forti (Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano - Centro Studi "Federico Stella" sulla Giustizia penale e la Politica criminale). Previa ricognizione delle principali soluzioni al problema rinvenibili negli ordinamenti di altri Paesi, tale studio si propone di esaminare percorsi normativi idonei a offrire alla responsabilità (specialmente penale) connessa all'attività medico-chirurgica, un quadro di maggiore razionalità e certezza, ritenuto necessario per assicurare la reale, e dunque più efficace, tutela della salute dei pazienti.

Il lavoro da noi condotto è strutturato in tre parti: la prima ha lo scopo di presentare i termini del problema anche con riferimento allo scenario internazionale, evidenziando i costi; la seconda parte presenta i risultati

¹ Associazione Nazionale tra le Imprese Assicuratrici.

² Atteggiamenti simili sono stati osservati anche in altri ambienti professionali. Ne è un particolare esempio il settore del *controllo del traffico aereo*, dove i controllori di volo, in seguito alle vicende legate al disastro avvenuto il 24 febbraio 2004 a Cagliari, si vedono costretti ad adottare alcuni comportamenti tutelativi, malgrado questo possa comportare un disagio per l'utenza (cfr. www.anacna.it).

dell'indagine sul campo che ha coinvolto 307 medici chiamati a rispondere ad un questionario strutturato ed altri 21 medici intervistati in profondità. L'ultima parte, infine, è stata dedicata alla formulazione delle considerazioni conclusive necessarie a valutare l'entità del problema e a proporre alcune soluzioni migliorative.

Quando si verifica un incidente, la tendenza immediata è quella di procedere nell'individuazione delle singole persone che lo hanno originato, a cui vanno attribuite le colpe. Il contesto organizzativo è lasciato sullo sfondo e le soluzioni proposte sono principalmente disciplinari e sanzionatorie. Un contesto giuridico e culturale orientato unicamente alla ricerca delle responsabilità individuali, costituisce uno dei fattori alla base dei comportamenti difensivi, inibendo l'apprendimento organizzativo e col rischio di minare la qualità delle attività di cura, aumentandone i costi.

1. L'errore in medicina e la Medicina Difensiva

1.1. L'errore in medicina, i danni, i costi

Il rischio derivante dall'esercizio della professione medica costituisce un problema di crescente rilievo a livello sociale, economico ed assicurativo. I primi studi su questo tema risalgono agli inizi degli anni '90 (Wilson et al., 1993; Leape, 1994). Nel 1991 il *New England Journal of Medicine* pubblicò una serie di articoli che facevano parte di un progetto noto come *Harvard Medical Practice Study*, uno studio su più di 30.000 casi ospedalieri dello stato di New York. Da questa ricerca risultava che quasi il 4% dei pazienti soffriva di complicanze dovute ai trattamenti, che potevano prolungarne la permanenza in ospedale, generare disabilità o provocare la morte. Due terzi di queste complicazioni erano dovute a errori commessi involontariamente dai medici.

È soprattutto con la pubblicazione del rapporto *To err is human* (2000) da parte dell'*Institute of Medicine* (USA) che il tema dell'errore umano in medicina diventa oggetto di dibattito nella comunità professionale dei medici. In questo rapporto si denunciava, attraverso un'analisi dettagliata di alcuni studi, l'inquietante fenomeno delle *malpractice* e delle morti prevenibili negli ospedali americani. La commissione che realizzò il rapporto evidenziò, attraverso due precedenti ricerche condotte in alcuni stati americani (Colorado, Utah e New York), come su 100 pazienti ricoverati una percentuale tra il 2,9% e il 3,7% incorreva in un evento avverso che, in alcuni casi, ne causava il decesso. Il 53% di questi eventi poteva essere evitato. Tali tassi, proiettati su 33,6 milioni di ricoveri/anno negli Stati Uniti, stimavano tra 44.000 e 98.000 il numero di pazienti deceduti per eventi avversi. Pertanto, in base a questi dati, negli Stati Uniti gli errori in medicina costituivano l'ottava causa di morte, con un costo di circa 29 miliardi di dollari l'anno.

Eventi avversi sul totale pazienti ricoverati	3-4%
Eventi avversi prevenibili sul totale	53%
Mortalità	6,6%
Costi	\$29 miliardi

Tab. 1- Fonte: *To err is human*, 2000

A seguito del rapporto americano, furono condotte numerose indagini e ricerche in diversi Stati del mondo occidentale che confermarono, accrescendo in alcuni casi, quanto si stava scoprendo sulla rischiosità degli errori in medicina.

	USA	Australia	Nuova Zelanda	UK
Eventi avversi	4%	16,6%	12,9%	10,8%
Eventi avversi prevenibili (sul totale degli eventi avversi)	53%	53%	35%	47%
Mortalità (sul totale degli eventi avversi)	6,6%	4,9%	15%	8%

Tab. 2– Sintesi di alcuni risultati delle ricerche internazionali

All'inizio del mese di settembre 2008, sulla rivista edita dal *British Medical Journal*, QSHC (*Quality and Safety in Health Care*), è stato pubblicato uno studio basato su 8 ricerche riguardanti 74.485 pazienti. Tali lavori sono stati condotti in diversi Paesi, tra cui gli Stati Uniti, l'Australia, l'Inghilterra, la Nuova Zelanda e il Canada a partire dal 1991 sino al 2006. Da questa analisi è emerso che il 9,2% dei ricoverati in ospedale subisce danni iatrogeni, di cui il 43% sono prevenibili e di cui oltre la metà (56,3%) si presentano senza conseguenze particolarmente serie (De Vries et al., 2008).

In Italia il problema dell'errore in medicina inizia ad essere indagato dal 2001, anche se sono tuttora assenti analisi sistematiche, precise ed affidabili. Uno studio condotto nel 2004 dal CINEAS, il Consorzio universitario per l'ingegneria nelle assicurazioni del Politecnico di Milano, riprendendo i risultati dell'indagine dell'*Institute of Medicine* americano nel 2000, stima che il numero delle morti in ospedale per errore in medicina vari tra le 14.000 e le 50.000 l'anno. Il 4% circa delle 8 milioni di persone ricoverate ogni anno negli ospedali italiani (320.000) andrebbe incontro ad un danno derivante da un errore imputabile alle strutture sanitarie o agli operatori della sanità. Questi errori costerebbero annualmente alle strutture ospedaliere almeno 260 milioni di euro l'anno per il prolungamento dei tempi di degenza dei pazienti.

Le conseguenze dell'errore in medicina non sono costituite soltanto dai danni ai pazienti e dalle condanne degli operatori sanitari, ma anche dall'impatto che la gestione dei rischi, e dei relativi risarcimenti per i danni causati dalle cure mediche, ha sul funzionamento e sui costi degli ospedali.

Una prima conseguenza attiene alla rottura del fragile equilibrio tra assicurazioni e strutture sanitarie. Una tra le più importanti compagnie assicuratrici per *malpractice*, la *St. Paul Cos* (USA), ha lasciato nel 2001 il mercato a causa delle perdite crescenti. Altre assicurazioni, tra le quali la *Reciprocal of America* e la *Medical Assurance Company* sono in gravi situazioni economiche e rifiutano di assicurare ulteriori medici. Il fenomeno riguarda anche

altri Stati come l’Australia, dove è fallita la più grande compagnia di assicurazioni mediche, la *United Medical Protection*, lasciando senza copertura 32.000 medici.

Una situazione simile sta riguardando l’Italia con il tentativo di alcune compagnie di assicurazione di uscire dal mercato per i “rischi” e i costi troppo elevati. Nel 2004 l’Ania, l’Associazione Nazionale tra le Imprese Assicuratrici, rileva che il ramo delle polizze per la copertura dei rischi sulla responsabilità civile dei medici e delle strutture sanitarie ha chiuso in forte deficit, con un esborso complessivo per risarcimenti alle strutture sanitarie pari a 413 milioni di euro.

In base a indagini più recenti (Ania, 2007), emerge che dal 1995 al 2005 il numero dei sinistri denunciati è passato complessivamente³ da poco più di 17.000 a circa 28.500, con un incremento del 65%. In particolare, i sinistri denunciati legati alla copertura dei singoli medici hanno fatto registrare un aumento più sostenuto, passando da 5.798 del 1995 a 12.374 del 2005 (+134%), mentre i sinistri denunciati legati alla copertura delle strutture sanitarie, sono passati da 11.444 a 16.085, con una crescita del 41%. Di conseguenza, i premi incassati negli anni precedenti la rilevazione di tali dati (2007) sono risultati insufficienti per pagare i sinistri e ciò ha determinato un notevole incremento dei premi assicurativi.

1.2. L’approccio accusatorio all’errore⁴

Ogni qual volta accade un incidente di rilievo in un’organizzazione, si avvia un procedimento giudiziario, spesso penale, orientato ad accertare cause e responsabilità dell’evento e a comminare sanzioni. Questo approccio si focalizza sugli errori e sulle mancanze degli individui, assumendo che le persone sbagliano perché poco attente al compito. Si adotta un modello causale lineare incentrato sulla ricerca e sulla rimozione dei responsabili, trascurando il ruolo del contesto

³ Nel campo della responsabilità civile nel settore sanitario esistono due coperture, una riguardante le strutture sanitarie (rientrano in questa categoria tutte le polizze che coprono la responsabilità civile medica della struttura sanitaria sia pubblica che privata), l’altra riguardante i singoli medici (rientrano in questa categoria tutte le polizze che coprono la responsabilità civile professionale dei medici a prescindere dalla loro appartenenza a una struttura sanitaria).

⁴ Per approccio accusatorio all’errore si intende un approccio che, in caso di errori e incidenti, è volto principalmente a cercare la persona ritenuta responsabile dell’evento per sanzionarla, lasciando in secondo piano i fattori organizzativi che possono aver contribuito a determinare quel dato comportamento. Ne consegue che, pur sanzionando la persona, continuano a persistere le condizioni di rischio e di possibile ripetizione dell’evento stesso.

organizzativo. Il fine ultimo è l'assegnazione della colpa, e la ricostruzione della catena causale spesso si ferma quando viene individuato qualcuno o qualcosa di appropriato a tale colpa. Il risultato è che si ottengono analisi superficiali, che non consentono miglioramenti tali da prevenire il riaccadere di eventi simili. Viene attribuita molta importanza a colui che si situa nell'interfaccia dell'incidente e che di fatto eredita falle e difetti di chi progetta, organizza e gestisce il sistema organizzativo.

L'approccio alla persona (Reason, 1997; Catino, 2008a) si basa su alcune "buone ragioni", una serie di ragioni che gli attori ritengono "buone"⁵ in quanto valide per prendere le decisioni ed effettuare le scelte attuate:

1. *La volontarietà dell'azione.* L'attore sceglie volontariamente le azioni da compiere. Poiché le azioni umane sono percepite come soggette a controllo volontario e sono implicate nell'80-90% degli incidenti, allora gli incidenti sono causati da negligenza, disattenzione, incompetenza, incoscienza, ecc. Ne deriva che chi sbaglia viene considerato "negligente".
2. *La responsabilità è individuale.* Il modello basato sulla persona si basa su una concezione della responsabilità individuale. Come accade nel sistema giudiziario di tipo penale, l'approccio alla persona è volto a cercare il singolo responsabile dell'errore.
3. *Il rinforzo del senso di giustizia.* L'approccio alla persona è emotivamente soddisfacente: a fronte di un grave errore, o di un disastro, l'individuazione del colpevole tende ad appagare le persone coinvolte per il danno subito.
4. *La convenienza strumentale.* Basarsi sulla responsabilità individuale ha indubbi vantaggi per le organizzazioni dal punto di vista legale ed economico, perché consente di mantenere inalterata la struttura organizzativa, le sue regole di funzionamento e il sistema di potere.

La ricerca delle responsabilità tende a indirizzare l'indagine verso l'individuazione di una o più persone che hanno commesso un errore e che avevano potere di controllo sulle loro azioni, per cui devono essere sanzionate. L'indagine è volta a identificare il colpevole, che spesso è individuato nell'anello

⁵ Il concetto di buone ragioni non ha valenza valoriale e positiva, come l'aggettivo "buono" potrebbe far credere, ma è indicativo delle ragioni che gli attori ritengono adatte per giustificare le loro azioni in determinate circostanze. Si tratta dunque di scelte razionali, anche se questa razionalità appare portatrice di effetti indesiderati che possono contrastare con parte delle motivazioni che hanno spinto gli attori ad agire secondo un approccio colpevolizzante (Boudon, 1992).

finale, nell'interfaccia uomo-macchina che ha attivato l'incidente. In un'analisi incidentale tesa a individuare le responsabilità, ci si focalizza sugli atti insicuri e sulle omissioni che hanno condotto all'incidente. Dall'indagine vengono esclusi o sottostimati quegli eventi relativi ad aspetti organizzativi decisionali e di progettazione, che potrebbero aver avuto un ruolo decisivo nel predisporre le condizioni incidentali e che, se non rimossi, mantengono la loro potenziale pericolosità. È certamente più facile individuare il soggetto a più stretto contatto con il sistema (il pilota dell'aereo, il medico, l'infermiere, l'operatore al pannello di controllo, il macchinista del treno, ecc.) quale responsabile dell'accaduto piuttosto che i fattori latenti, di natura organizzativa e manageriale. Ciò accade per diversi fattori: perché è più facile cognitivamente; perché il sistema giudiziario penale è basato sulla responsabilità personale; perché talvolta le organizzazioni coinvolte hanno indubbi vantaggi, legali ed assicurativi, nell'attribuire all'operatore la responsabilità causale dell'evento. Perché è diffusa una cultura della colpa basata sul capro espiatorio. Già diversi anni fa, Drabeck e Quarantelli (1967) sostenevano la perfetta razionalità nell'individuazione dei capri espiatori a seguito dei disastri e l'utilità per i gruppi dirigenti nell'attribuire le colpe a singole persone: la loro incriminazione, e quindi la loro trasformazione in capri espiatori, diventa così un espediente per ritardare ed evitare mutamenti strutturali, dal momento che l'opinione pubblica viene indotta a credere che la punizione esemplare dell'individuo "colpevole" possa servire come futuro deterrente.

L'approccio accusatorio, tuttavia, comporta una serie di "effetti perversi" o effetti di composizione (Boudon, 1992). Si tratta di quegli effetti non voluti derivati da azioni intenzionali. In primo luogo, la ricerca del colpevole non cambia lo stato delle cose e non migliora l'organizzazione. In secondo luogo, un approccio che guarda al passato, crea un senso di paura per le sanzioni e le controversie legali, ostacolando il *reporting* degli errori da parte degli operatori di *front line* e inibendo l'apprendimento organizzativo. L'approccio accusatorio, perciò, non consente di eliminare le condizioni di rischio e non esclude la possibilità che uno stesso evento possa ripetersi in presenza di altri attori. Tale approccio, infine, si caratterizza per due fattori: l'*hindsight bias*⁶ (Fischhoff,

⁶ L'*hindsight bias* si caratterizza per due aspetti: 1) l'effetto del "si sapeva bene", per cui gli analisti enfatizzano ciò che gli individui avrebbero dovuto sapere e prevedere; 2) l'inconsapevolezza dell'influenza che la conoscenza dei risultati esercita sulle percezioni dei fatti accaduti. I fatti appaiono quindi più lineari ed evidenti anziché ambigui, contrastanti e con un senso non definito, come probabilmente sono apparsi prima agli attori di quegli stessi eventi. Etichettare un'azione passata come erronea è molto spesso un

1975) e il *fundamental attribution bias*⁷ (Fiske and Taylor, 1984; Gilbert and Malone, 1995). Questi fattori rendono difficile la discussione degli errori e la diffusione delle informazioni, in quanto le persone temono di essere colpevolizzate e gli errori vengono continuamente attribuiti a tratti indesiderabili della personalità, alla mancanza di competenze e alla poca intelligenza.

Merry e Smith (2001), con riferimento al sistema sanitario, affermano che lavorare sotto la minaccia di una controversia legale crea un clima di paura che non conduce al miglior uso delle persone in un sistema medico. Proprio per questi motivi, i medici tendono a nascondere gli errori e a promuovere i comportamenti di Medicina Difensiva (sovra-prescrizione di esami e trattamenti, elusione di procedure rischiose). Il rischio di perdere la faccia è quindi un potente incentivo all'occultamento degli errori e all'attivazione di comportamenti difensivi. Goffman (1963) afferma che "perdere la faccia" significa sentirsi fuori posto, provare vergogna. Tale concetto però è fortemente contestuale, dipende cioè dalle specifiche regole di un'organizzazione e soprattutto attiene alle regole deontologiche di specifiche professioni. Se l'errore, di per sé involontario, è considerato come segno di incapacità professionale e fonte di possibili conseguenze legali, aumenta la propensione a nascondere.

La persistenza di una cultura della colpa, rafforzata da un certo tipo di azione giudiziaria, diviene il primo ostacolo alla creazione di una cultura efficace della sicurezza del paziente. **Un sistema professionale come quello medico, a rischio continuo di indagine penale, non è, quindi, un sistema più attento e diligente, ma è un sistema che riduce i rischi di chi agisce cercando maggiori tutele formali, anche a scapito dell'utenza. Da qui l'origine della medicina difensiva.**

1.3. La Medicina Difensiva

“La Medicina Difensiva si verifica quando il medico ordina esami, procedure o visite, o evita pazienti a rischio, o procedure ad alto rischio, principalmente (ma non esclusivamente) per ridurre la propria esposizione al contenzioso legale. Quando i medici effettuano esami o procedure in eccesso,

giudizio basato su differenti informazioni disponibili per le persone, dopo che l'evento è accaduto.

⁷ Con *fundamental attribution bias* si intende la tendenza che porta ad attribuire la colpa per i cattivi risultati conseguiti all'incapacità e all'inadeguatezza di un attore, piuttosto che considerarli come il prodotto di una situazione specifica, o come il risultato di fattori situazionali al di fuori del controllo di tale attore.

praticano la c.d. *Medicina difensiva positiva*. Quando evitano alcuni pazienti o procedure, praticano la c.d. *Medicina difensiva negativa*” (U.S. Congress, 1994). Esistono, perciò, due tipi di comportamento difensivo: l’uno orientato ad effettuare azioni e procedure in esubero; l’altro indirizzato ad eludere alcuni trattamenti che possono essere considerati a rischio.

Il fenomeno della c.d. Medicina Difensiva è sempre più frequente, con implicazioni potenzialmente gravi per il costo, l’accessibilità e la qualità tecnica ed interpersonale dell’assistenza sanitaria.

Lo affermano numerosi studi (Passmore and Leung, 2002; Studdert et al, 2005; Hiyama et al., 2006), in cui viene costantemente osservato che medici operanti nelle specialità ad alto rischio (in particolare: ostetricia e ginecologia, chirurgia, anestesia e rianimazione) ritengono che l’aumento del contenzioso costituisca la principale causa della nascita di atteggiamenti difensivi. Secondo queste indagini, sono sempre in maggior numero gli operatori che modificano i loro modi di agire in risposta alla preoccupazione di essere denunciati dai pazienti. Una ricerca condotta dal *Department of Health Policy and Management* della *Harvard Medical School* ha dimostrato che la maggioranza degli specialisti di diverse aree terapeutiche adotta questa strategia professionale (Studdert et al., 2005). I ricercatori americani hanno analizzato un gruppo di specialisti operanti nelle aree terapeutiche con maggiore incidenza di cause giudiziarie (medicina d’emergenza, chirurgia generale, chirurgia ortopedica, neurochirurgia, ostetricia e ginecologia, radiologia). Prendendo in esame un totale di 824 medici operanti in 6 strutture sanitarie della Pennsylvania, si osserva che il 93% dichiara di praticare Medicina Difensiva. Nello specifico, il 92% afferma di prescrivere con facilità test e procedure diagnostiche e chiedere consulti, mentre il 43% riferisce di prescrivere procedure diagnostiche clinicamente non necessarie. Evitare procedure e pazienti che vengono percepiti come “pericolosi” dal punto di vista giudiziario è un altro comportamento assai diffuso: il 42% degli interpellati ammette di aver volutamente ristretto il proprio campo d’azione professionale per evitare complicazioni (Studdert et al., 2005).

Risultati simili sono stati ottenuti da una ricerca condotta in Giappone nel 2006 su un gruppo di 131 gastroenterologi, dove il 98% degli intervistati riporta di aver praticato Medicina Difensiva ed è stato rilevato che ciò è legato all’incremento della *litigation*. Secondo i ricercatori, la tendenza dei medici di effettuare esami in esubero e di evitare procedure rischiose è connessa altresì alla presenza di un’ansia collettiva, generata dalla sovraesposizione mediatica del problema della *malpractice* e dal conseguente atteggiamento circospetto del paziente (Hiyama et al., 2006).

Le precedenti esperienze di contenzioso, a proprio carico e a carico dei colleghi, influenzano in maniera evidente il comportamento degli operatori sanitari. In un'indagine realizzata in Regno Unito nel 2002, ad esempio, è stato osservato che il 56% degli operatori sanitari ha ricevuto una denuncia da parte dei pazienti e che tali accuse paiono avere un importante effetto sul medico a livello emozionale e relazionale: spesso ad un aumento del contenzioso corrisponde un aumento della comparsa di atteggiamenti difensivi (Passmore and Leung, 2002).

In altri casi, è stato indagato che l'aumento dell'incertezza diagnostica rappresenta un fattore di significativa importanza nell'influenzare i comportamenti di Medicina Difensiva. La tecnologia, di conseguenza, ricopre un ruolo decisivo in quanto gli specialisti ammettono di utilizzarla per tranquillizzare i pazienti e se stessi. L'uso difensivo della tecnologia, però, ha un effetto-valanga: più gli specialisti prescrivono procedure diagnostiche inutili o trattamenti aggressivi per condizioni a basso rischio, più questo tipo di approccio tende a diventare lo standard legale per la pratica clinica (Studdert et al., 2005).

È evidente come tutto questo abbia un impatto devastante sui costi sanitari a carico del Servizio Sanitario Nazionale e della collettività.

La Medicina Difensiva può contribuire ad una riduzione della qualità dell'assistenza sanitaria: procedure diagnostiche invasive (ad esempio biopsie) non necessarie rappresentano inutili rischi per i pazienti; risultati ambigui o falso-positivi producono inoltre stress emotivi e la necessità di ulteriori accertamenti diagnostici, innescando un'*escalation* scarsamente controllabile.

Anche se le pratiche difensive sono state molto studiate negli Stati Uniti (Summerton, 1995), poche analisi sono state promosse nei Paesi europei e, in particolare, in Italia. Solo di recente (settembre 2008) è stata pubblicata un'indagine promossa dall'Ordine dei medici della Provincia di Roma e condotta su 800 medici intervistati mediante un questionario strutturato. Il focus della ricerca si concentra sul tasso di diffusione della Medicina Difensiva e sui motivi che inducono i medici ad attivare questo tipo di comportamento. Da questi primi dati si osserva che l'87,6% dei "camici bianchi" ritiene che il rischio di ricevere un esposto o una denuncia da parte dei pazienti sia oggi più elevato. Le paure di vedersi citare in tribunale, inoltre, sono tali che l'89,8% dei medici ritiene molto rischioso affidarsi alla sola analisi clinica e non anche a quella tecnologica per la formulazione di una diagnosi.

In effetti, l'80% dei chirurghi riceve almeno una richiesta di risarcimento danni e i denunciati trascorrono 1/3 della loro carriera sotto processo⁸.

⁸ Fonte: www.amami.it (Associazione per i medici accusati di *malpractice* ingiustamente) Dati da verificare ulteriormente.

Dall'indagine, inoltre, emerge che i medici più preoccupati di essere citati in giudizio sono gli anestesisti (96,8%), i chirurghi (98,9%) e il totale di ortopedici e ginecologi. I timori maggiori, rivela lo studio, toccano i giovani medici fino ai 34 anni e quelli di sesso maschile. Da qui il proliferare di prestazioni mediche e ricoveri, oltre che di ricette di farmaci, con l'obiettivo di non assumersi troppe responsabilità.

La situazione italiana, pertanto, sembra essere molto simile a quella vista negli altri Paesi.

2. L'indagine quali-quantitativa. Metodologia e risultati

2.1. Aspetti metodologici

Il focus dell'indagine è orientato a comprendere i fattori che spingono i medici a modificare in senso difensivo il proprio comportamento professionale.

Rifacendoci agli studi condotti a livello internazionale da Paesi come gli Stati Uniti, il Canada, il Giappone e il Regno Unito (Passmore and Leung, 2002; Studdert et al., 2005; Hiyama et al., 2006), ci si è soffermati sull'individuazione dei comportamenti di Medicina Difensiva più diffusi e sulle motivazioni che inducono i medici ad agire in tal modo.

In particolare, quanto ai comportamenti c.d. difensivi, sono stati selezionati gli atteggiamenti più frequentemente citati dalla letteratura, facendo attenzione a distinguere quelli caratterizzanti una *Medicina difensiva positiva* da quelli tipici di una *Medicina difensiva negativa* (U. S. Congress, 1994; Studdert et al., 2005).

Quanto alle motivazioni che possono indurre l'operatore sanitario ad agire in senso difensivo, si è focalizzata l'attenzione principalmente sulle preoccupazioni della classe medica di incorrere in un contenzioso medico-legale o di subire una richiesta di risarcimento⁹, nonché di compromettere la propria carriera, piuttosto che la propria immagine.

Sempre dalla letteratura e dagli studi internazionali emergono le seguenti problematiche: l'impatto della criminalizzazione mediatica, causato dalla diffusione di messaggi contrastanti offerti dai mass media, che da un lato esaltano importanti traguardi raggiunti dalla medicina, ma che, allo stesso tempo, denunciano l'aumento dei casi di *malpractice* dovuti a gravi errori medici; il forte sentimento di sfiducia da parte dell'opinione pubblica che ne deriva e che favorisce l'incremento del contenzioso; i seri danni dal punto di vista morale ed economico che i medici subiscono, a seguito dei giudizi provenienti dalla stampa e dei controlli della magistratura, nonostante il numero delle assoluzioni si mantenga su tassi elevati (80% dei procedimenti giudiziari avviati)¹⁰.

⁹ Sotto il profilo concettuale, va chiarito che per timore di una "richiesta di risarcimento danni" si intende l'inizio di un'azione in sede civile o la richiesta dei danni in sede stragiudiziale, mentre per timore di "un contenzioso medico legale" si intende il rischio di essere sottoposti a procedimento penale, con o senza richiesta di risarcimento danni ad esso consequenziale.

¹⁰ Fonte: www.amami.it. Dati da verificare ulteriormente.

La ricerca da noi condotta è stata articolata in due parti: una di tipo qualitativo e l'altra di tipo quantitativo.

Nella fase "qualitativa" sono state condotte **21 interviste in profondità** a medici di differenti reparti e specializzazioni: pronto soccorso, urologia, pediatria, chirurgia generale e d'urgenza, anestesia e rianimazione, endocrinologia, patologia della gravidanza, ginecologia e otorinolaringoiatria. Agli operatori intervistati sono state sottoposte nove questioni, indirizzate a cogliere l'entità del problema e le cause.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. È a conoscenza del problema della Medicina Difensiva?2. In base alla sua esperienza, è una pratica diffusa tra i professionisti sanitari?3. A Suo parere, quali sono i comportamenti di Medicina Difensiva maggiormente adottati?4. Durante l'ultimo mese di lavoro, quali comportamenti di Medicina Difensiva Le è capitato di osservare o di esserne venuto a conoscenza?5. Secondo Lei quali sono i motivi che possono spingere ad agire in questo modo?6. Tra i motivi che mi ha appena indicato, secondo Lei, quale pesa in misura maggiore?7. Personalmente, si sente minacciata/o dalla possibilità di incorrere in sanzioni disciplinari, qualora si verificasse un evento avverso?<ol style="list-style-type: none">7.1.... di essere coinvolto/a in un contenzioso di tipo medico-legale?7.2.... di essere screditato/a professionalmente e pubblicamente (attraverso i mass media)?8. Secondo Lei, quali azioni migliorative si possono attivare per circoscrivere il problema della Medicina Difensiva?9. Dedichiamo l'ultima parte dell'intervista per osservazioni, consigli o per qualsiasi cosa Lei ritenga utile condividere in merito al tema della Medicina Difensiva. |
|---|

Tab. 3 – Check-list intervista

Per condurre la fase "quantitativa", invece, è stato costruito un questionario strutturato (vedi allegato) composto da nove domande, in parte simili a quelle poste durante le interviste dirette. Gli *item* che compongono il documento sono stati suddivisi in tre sessioni, in relazione alle aree da indagare:

1. i dati socio-anagrafici degli intervistati (età, genere, professione, ruolo, reparto di appartenenza, anzianità di servizio, tipo di struttura);
2. la tipologia dei comportamenti difensivi maggiormente adottati;
3. le motivazioni che inducono i medici a ricorrere alla Medicina Difensiva.

L'indagine campionaria è stata effettuata tra luglio e novembre 2008 ed ha coinvolto **1.000 medici**, a cui è stato inviato il questionario tramite posta elettronica. Al questionario hanno risposto **307 medici**, generando **un tasso di risposta pari al 30%**. I principali risultati verranno presentati nel paragrafo successivo.

2.2. Caratteristiche socio-anagrafiche del campione

Con riferimento alle caratteristiche anagrafiche del campione analizzato mediante questionario, la maggioranza degli intervistati ha un'età compresa tra i 43 - 52 anni (29,6%) e tra i 53 - 62 anni (47,7%). L'anzianità di servizio è medio-alta: da 21 a 30 anni il 31,1% e più di 30 anni il 43,6%. Il 94,4% è di genere maschile; nell'87,3% dei casi lavora in un ospedale pubblico. Si tratta per lo più di medici specialisti (97,4%), dirigenti (42,7%) o direttori di presidio/dipartimento (52,6%).

CARATTERISTICHE SOCIO-ANAGRAFICHE	
Genere	% sul totale
Maschio	94,4%
Femmina	5,6%
Totale	100,0%
Età	% sul totale
32-42	8,6%
43-52	29,6%
53-62	47,7%
63-72	14,1%
Totale	100,0%
Anzianità professionale	% sul totale
Fino a 1 anno	0,7%
Da 1 a 5 anni	2,6%
Da 6 a 10 anni	4,3%
Da 11 a 20 anni	17,7%
Da 21 a 30 anni	31,1%
Più di 30 anni	43,6%
Totale	100,0%

Qualifica professionale	% sul totale
Medico strutturato	97,4%
Medico specializzando	2,6%
Totale	100,0%
Ruolo ricoperto	% sul totale
Dirigente medico	42,7%
Direttore di presidio/ dipartimento/ struttura complessa/ struttura semplice	52,6%
Altro	4,6%
Totale	100,0%
Tipo di struttura	% sul totale
Pubblica	87,3%
Privata accreditata	12,7%
Totale	100,0%

Tab. 4- Caratteristiche socio-anagrafiche del campione, presentate attraverso le variabili: genere, età, anzianità professionale, qualifica professionale, ruolo ricoperto e tipo di struttura.

2.3. I comportamenti di Medicina Difensiva

I medici intervistati¹¹ dichiarano che il problema della Medicina Difensiva è sempre più diffuso: frequentemente prescrivono test, trattamenti e visite, od evitano pazienti o procedure ad alto rischio, principalmente allo scopo di ridurre la propria esposizione alle accuse di *malpractice*.

Il **77,9%** degli operatori intervistati mediante questionario ha adottato almeno un comportamento di Medicina Difensiva durante l'ultimo mese di lavoro.

Frequenza di comportamenti di medicina difensiva durante l'ultimo mese di lavoro			
	Mai	Almeno una volta	Totale
Medici	22,1%	77,9%	100%

Tab.5- Composizione percentuale della frequenza in cui si verificano comportamenti difensivi. (dati aggregati)

Nel dettaglio, possiamo vedere che i soggetti più propensi ad assumere comportamenti difensivi presentano un'età anagrafica e un'anzianità di servizio

¹¹ Ci si riferisce, a tutti i medici interpellati, sia mediante questionario, sia mediante intervista in profondità.

piuttosto basse. Ed infatti il 92,3% dei soggetti appartenenti alla classe di età “32-42 anni” dichiara di aver commesso comportamenti di Medicina Difensiva nell’ultimo mese di lavoro, contro il 67,4% dei soggetti appartenenti alla classe “63-72 anni”.

	Frequenza di comportamenti di medicina difensiva durante l’ultimo mese di lavoro		
	Mai	Almeno una volta	Totale
Età			
32-42	7,7%	92,3%	100,0%
43-52	16,7%	83,3%	100,0%
53-62	24,8%	75,2%	100,0%
63-72	32,6%	67,4%	100,0%
Anzianità profess.le			
Fino a 1 anno	0,0%	100,0%	100,0%
Da 1 a 5 anni	0,0%	100,0%	100,0%
Da 6 a 10 anni	7,7%	92,3%	100,0%
Da 11 a 20 anni	13,0%	87,0%	100,0%
Da 21 a 30 anni	21,1%	78,9%	100,0%
Più di 30 anni	30,1%	69,9%	100,0%

Tab.6- Composizione percentuale della frequenza in cui si verificano comportamenti difensivi, disaggregata in base alle variabili “Età” e “Anzianità di servizio”

La variabile “Tipo di struttura”, invece, sembra non influire sulla possibilità di compiere azioni di questo genere, in quanto i valori dei medici che operano in strutture pubbliche sono molto simili a quelli di coloro che operano in strutture private.

	Frequenza di comportamenti di medicina difensiva durante l’ultimo mese di lavoro		
	Mai	Almeno una volta	Totale
Tipo struttura			
Pubblica	22,2%	77,8%	100%
Privata accreditata	23,7%	76,3%	100%

Tab.7- Composizione percentuale della frequenza in cui si verificano comportamenti difensivi, disaggregata in base alla variabile “Tipo di struttura”

Se si prendono in considerazione unicamente i medici che ammettono di aver assunto una condotta di tipo difensivo (77,9%)¹², possiamo vedere che i comportamenti più diffusi riguardano (tabella 8):

	Durante l'ultimo mese di lavoro, quante volte ha compiuto azioni come quelle riportate?			
	Mai	Da 1 a 6 volte	Da 7 a 10 volte e più	Totale
a. Prescritto un numero maggiore di esami diagnostici rispetto a quello necessario (es. oltre a quelli raccomandati da Linee Guida o Protocolli).	38,7%	53,0%	8,3%	100,0%
b. Richiesto procedure invasive (es. biopsia) non necessarie.	85,7%	13,8%	0,5%	100,0%
c. Prescritto trattamenti non necessari (es. oltre a quelle raccomandate da Linee Guida o Protocolli).	75,6%	22,0%	2,4%	100,0%
d. Prescritto farmaci non strettamente necessari.	48,5%	44,8%	6,7%	100,0%
e. Accettato/proposto il ricovero di un paziente in ospedale, anche se le condizioni avrebbero consentito una gestione ambulatoriale.	31,2%	63,3%	5,5%	100,0%
f. Chiesto un consulto specialistico non necessario.	41,4%	53,5%	5,1%	100,0%
g. Scritto in cartella clinica annotazioni che avrebbe evitato di riportare se non fosse stato preoccupato per possibili problemi medico-legali.	17,2%	63,1%	19,7%	100,0%
h. Evitato procedure (diagnostiche o terapeutiche) rischiose su pazienti che avrebbero potuto averne beneficio.	86,0%	14,0%	0,0%	100,0%
i. Escluso pazienti "a rischio" da alcuni trattamenti (oltre le normali regole di prudenza).	73,8%	25,4%	0,8%	100,0%

Tab.8- Composizione percentuale riferita alla domanda del questionario "Durante l'ultimo mese di lavoro, quante volte ha compiuto azioni come quelle qui sotto riportate?" (dati aggregati)

- l'inserimento in cartella clinica di annotazioni evitabili, adottato dall'82,8% degli intervistati;

- la proposta di ricovero di un paziente in ospedale, gestibile ambulatorialmente, adottata dal 69,8%. Dato peraltro confermato dalle interviste

¹²Una nota metodologica: le percentuali di risposta riguardano unicamente l'indagine quantitativa, ovvero si riferiscono ai medici intervistati mediante questionario, mentre le affermazioni riportate in corsivo sono tratte dall'analisi qualitativa, ovvero dalle interviste in profondità.

effettuate ai 21 medici delle diverse specialità: *“Un'altra forma di medicina difensiva, attuata soprattutto dai medici di medicina generale, è quella di scaricare il paziente alle strutture ospedaliere, giustificando tutta una serie di richieste, di visite specialistiche, di ricoveri, di esami diagnostici e di accertamenti vari, con motivazioni che sono praticamente inesistenti o comunque poco plausibili, spesso etichettandole con il carattere dell'urgenza, quando invece di urgente non c'è assolutamente nulla”*;

- la prescrizione di un numero maggiore di esami diagnostici rispetto a quello necessario, adottata dal 61,3%.

Anche in questo caso i dati vengono convalidati dall'indagine qualitativa:

(a) *“In campo anestesiologicalo, la pratica di prescrivere un numero sovrabbondante di esami, rispetto a quanto sarebbe necessario, viene fatta di frequente, a scopo cautelativo, per stare tranquilli”*.

E ancora: (b) *“Porto l'esempio di un trauma cranico minore, per il quale ci sono linee guida condivise...però appena c'è qualcosa, uno dice: «Facciamo anche la Tac o la Rx in aggiunta! »”*;

(c) *“A fronte di un'evidenza che alcune cose non servono a niente, vengono comunque richiesti (esami diagnostici in eccesso) per tutelarsi e così si sta tranquilli. Ad esempio: radiografia del torace per interventi chirurgici in età nella quale è noto che non servono a niente, salvo che non ci sia un'anamnesi; elettrocardiogrammi, esami della coagulazione, esami del sangue, che ormai in letteratura è assolutamente accertato che siano sufficienti, non bastano mai e bisogna sempre chiedere altri esami. E questo genera, tra l'altro, un costo spaventoso”*;

- la consultazione non necessaria di altri specialisti è adottata dal 58,6% ed emerge anche in sede di interviste:

(a) *“Nella routine di tutte le unità operative, e di tutti i professionisti, è prassi effettuare qualche consulenza in più, proprio allo scopo di diluire la responsabilità della decisione finale su un maggior numero di persone. In questo senso probabilmente, cercando sia di ridurre il rischio di una diagnosi errata, di un trattamento errato, sia di coinvolgere un maggior numero di persone nell'eventualità che un problema di responsabilità venga sollevato. Per esempio: se la paziente è in ambito ostetrico-ginecologico e riscontro un qualche problema che mi desta perplessità, chiedo al neurologo la risonanza, al cardiologo la visita, ecc.”*;

(b) *“L'eccessivo coinvolgimento di altri consulenti allunga i tempi per poter pervenire ad una diagnosi e ovviamente aumenta le spese che sono correlate sia*

all'uso di un maggiore numero di strumenti diagnostici, quali esami, radiografie, ecografie, Tac, e via discorrendo... sia appunto all'uso di un maggior numero di consulenti, per cui sicuramente si creano dei forti disservizi”;

- ed infine la prescrizione di farmaci non necessari, adottata dal 51,5%. Dato che, anche in questo caso, trova conferma dalle parole degli intervistati: *“Come pratica frequentemente abusata, direi sicuramente prescrivere farmaci non strettamente necessari. Magari prescrivere un antibiotico non necessario, per stare tranquilli”.*

In ogni caso, sintetizzando quanto emerso dalle interviste in profondità, osserviamo che tutti i medici ritengono che la pratica della *Medicina difensiva c.d. positiva* sia una costante: l'iper-prescrizione di esami, terapie, accertamenti, consulti con altri medici oltre le normali regole di prudenza è, in altri termini, una prassi quotidiana. Ecco alcune delle affermazioni più ricorrenti: *“La prescrizione di accertamenti superiori alla norma è una costante”;* *“È una routine di tutte le unità operative e di tutti i professionisti adottare una certa tendenza ad effettuare qualche accertamento diagnostico in più, qualche esame di laboratorio in più, qualche consulenza in più”.*

Pertanto, alla domanda circa l'aver osservato, nell'ultimo mese prima dell'intervista, comportamenti significativi di Medicina Difensiva, la risposta è stata negativa, nel senso di ritenere che la *Medicina difensiva c.d. positiva* è quasi una consuetudine.

Quanto alla pratica della *Medicina difensiva negativa*, ha risposto di aver escluso pazienti a rischio da alcuni trattamenti (oltre le normali regole di prudenza) il 26,2% dei 307 medici campionati. Gli intervistati che hanno dichiarato di praticare *Medicina difensiva negativa* affermano che il problema riguarda soprattutto l'ambito chirurgico e la motivazioni addotte sono: il timore di un insuccesso e *“il timore di sostenere una causa a seguito dell'insuccesso medesimo”.*

Da notare, inoltre, le differenze riscontrabili dalla disaggregazione dei dati in base alla variabile “Età”, in quanto ancora una volta, i medici più giovani dichiarano in misura maggiore di adottare comportamenti difensivi.

Afferma un intervistato, che si sofferma sul modo di intendere, oggi, la scienza medica: *“La Medicina difensiva è diffusa soprattutto tra i colleghi più giovani. Perché ora i tempi sono diversi... Vent'anni fa o trent'anni fa la professione si faceva in un modo; adesso, magari, noi vecchi continuiamo a farlo un po' su quella falsa riga, ma è cambiata parecchio la situazione. Anche molto*

banalmente, una volta c'erano il medico, il parroco ed il farmacista, figure di riferimento ritenute autorevoli, ai quali ci si affidava. Oggi la situazione si è ribaltata: c'è gente che si è presentata dicendo: «Stia attento a quello che fa, perché io la tengo d'occhio!». Quindi si può capire che i colleghi più giovani partano già sulla difensiva».

Tale tendenza viene osservata in tutti i comportamenti di Medicina Difensiva più diffusi, ad eccezione dell'inserimento di note inutili nella cartella clinica, che sembra essere una pratica particolarmente frequente tra i medici più anziani.

Almeno una volta nell'ultimo mese di lavoro						
Età	Prescritto un numero maggiore di esami diagnostici rispetto a quello necessario	Prescritto farmaci non strettamente necessari	Accettato/proposto il ricovero di un paziente in ospedale, gestibile ambulatorialmente	Chiesto un consulto specialistico non necessario	Scritto in cartella clinica annotazioni evitabili	Escluso pazienti a rischio
32-42	75,0%	66,7%	75,0%	79,2%	75,0%	33,3%
43-52	60,8%	54,1%	70,3%	54,8%	85,3%	31,1%
53-62	60,6%	50,9%	69,4%	60,6%	80,7%	21,3%
63-72	55,2%	37,9%	58,6%	44,8%	89,7%	24,1%

Tab.9- Composizione percentuale riferita ai comportamenti di Medicina Difensiva più diffusi, disaggregati secondo l'età degli intervistati.

Come possiamo vedere dalla tabella 9, in quasi tutti i casi, i soggetti che dichiarano di avere tra i 32 e i 42 anni manifestano un'inclinazione più evidente a prescrivere un numero maggiore di esami diagnostici e di farmaci non necessari (75%); ad accettare il ricovero di pazienti gestibili ambulatorialmente (75%); a chiedere consulti specialistici non necessari (79,2%); e ad escludere pazienti "a rischio" da particolari trattamenti (33,3%). Le medesime considerazioni valgono per la variabile "Anzianità professionale", dove i soggetti operativi da un numero di anni inferiore a 10 manifestano più frequentemente comportamenti di Medicina Difensiva. I dati sono conformi a quanto visto finora, poiché si presuppone che i medici che lavorano da meno di 10 anni siano gli stessi ad avere un'età anagrafica piuttosto bassa.

2.4. Le motivazioni dei comportamenti difensivi

Come abbiamo già potuto osservare in precedenza, il fenomeno della Medicina Difensiva ha principalmente origine dal crescente aumento di cause legali intentate dai pazienti contro i medici.

A giudizio di molti intervistati, inoltre, la situazione si è aggravata anche in seguito all'introduzione del "Patto Quota-Lite" nel rapporto tra cliente e avvocato, ovvero di un accordo tra le parti che prevede che il paziente danneggiato possa pattuire con il professionista incaricato un compenso in misura percentuale del risultato ottenuto. Si ritiene che tale meccanismo possa indurre molti, che si ritengono danneggiati, ad intentare comunque una causa, in quanto, in caso di esito negativo del processo, rimarranno a carico del cliente soltanto le spese di giustizia anticipate per istruire la pratica¹³. Ne deriva una significativa riduzione di costi che incentiverebbe ulteriormente il meccanismo del contenzioso. Determinante sembra essere anche la proliferazione di associazioni che ritengono di tutelare il paziente attraverso la concessione di consulenze gratuite, stimolando la presentazione delle denunce.

Tutto ciò produce serie conseguenze, non solo sulla salute stessa dei cittadini, ma anche sull'identità, sul ruolo e sull'immagine della professione medica. L'essere chiamati in Tribunale a seguito di una *malpractice litigation*, infatti, per il medico ha gravi ripercussioni sotto il profilo professionale, morale e psicologico, contribuendo a rafforzare la propensione a rifugiarsi nella Medicina Difensiva.

Dai dati analizzati possiamo osservare, dunque, che le motivazioni che spingono i medici a modificare i loro comportamenti durante l'esercizio della pratica medica, riguardano principalmente la preoccupazione di essere denunciati legalmente¹⁴ per *malpractice*.

Nello specifico si rileva che (vedi tabella 10):

¹³ Vale chiarire che esiste, sul punto, una certa confusione, ingenerata anche dai mass media. Le spese di giustizia per istruire il processo (ai sensi del D.P.R. n.115/2002) e le spese per i consulenti, quali, ad esempio, i medici legali, in genere sono anticipate dal cliente; così come, nel caso di soccombenza, le spese del processo e le spese legali di controparte saranno a carico del cliente.

¹⁴ Si ricorda, a titolo di chiarezza, che per "richiesta di risarcimento danni" si intende l'inizio di un'azione in sede civile o la richiesta dei danni in sede stragiudiziale, mentre per "contenzioso medico legale" si intende il rischio di essere sottoposti a procedimento penale, con o senza richiesta di risarcimento danni ad esso consequenziale.

Quali fattori hanno influito sui comportamenti sopra indicati? (Risponda con una crocetta esprimendo il suo grado di accordo/disaccordo con le seguenti affermazioni)	Accordo	Disaccordo	Totale
Timore di una richiesta di risarcimento danni, in caso di complicanze/eventi avversi.	59,8%	40,2%	100,0%
Timore di un contenzioso medico-legale, in caso di complicanze/eventi avversi.	80,4%	19,6%	100,0%
Timore di sanzioni disciplinari, in caso di complicanze/eventi avversi.	15,0%	85,0%	100,0%
Timore di pubblicità negativa, perdita di immagine, in caso di complicanze/eventi avversi.	43,5%	56,5%	100,0%
Precedenti esperienze personali di contenziosi medico-legali.	51,8%	48,2%	100,0%
Precedenti esperienze di contenziosi medico-legali a carico di un Suo collega.	65,7%	34,3%	100,0%

Tab.10- Composizione percentuale riferita alla domanda del questionario “Quali fattori hanno influito sui comportamenti sopra indicati?” (dati aggregati)

- l’80,4% dei medici dichiara di avere timore di un contenzioso medico-legale. Dato supportato dalle dichiarazioni di alcuni degli operatori intervistati:

(a) “Direi che il problema grosso è sempre: «Ma se questo mi denuncia? Ma se io non faccio questo e non va bene allora mi denunciano»”;

(b) “La paura è sempre quella di essere denunciato. Di far qualcosa per cui ad un certo punto qualcuno salti fuori a dire: «Ah ma guarda che lì c’erano gli estremi per agire», e allora parte il contenzioso”;

- il 65,7% risente l’influenza di precedenti esperienze di contenziosi a carico dei propri colleghi: “So di alcuni colleghi a cui è capitato: è un’esperienza che ti segna”;

- il 59,8% afferma di avere timore di ricevere una richiesta di risarcimento. Gli stessi intervistati ribadiscono questo aspetto: “C’è questa tradizione americana, che ormai è diventata nostra, secondo cui se qualcosa va storto conviene chiedere il risarcimento perché si ottengono spesso dei soldi ed è conveniente”;

- il 51,8% dichiara di essere influenzato da precedenti esperienze personali di contenzioso. Anche in questo caso, a titolo di esempio, si riportano le parole di un medico intervistato: “A me è capitato di avere pazienti che hanno avuto

sfortuna durante accertamenti. Mi ricordo il caso di una paziente, che durante un esame diagnostico, dopo aver subito un grosso intervento, ha avuto una lesione iatrogena: le si è bucato l'intestino e hanno dovuto rioperarla. Dopodiché è stata bene ed uscita dall'ospedale desiderava solo dimenticare l'accaduto. Ma ha trovato il medico curante, l'avvocato che hanno insistito dicendo: «Ma cosa fai?! Devi denunciarli! Guarda che hai ragione. Da questa storia puoi ricavare un sacco di soldi». Questo è un esempio pratico. Lo stesso medico curante che ha insistito perché lei ci denunciasse!»;

- il 43,5% degli intervistati esprime il timore di ricevere una pubblicità negativa da parte dei mass media. Anche dalle interviste numerosi sono i medici che pongono all'attenzione questo problema: *“Sì, la perdita di immagine e la pubblicità negativa... esatto... sono tutti riflessi delle denunce. Se uno mi denuncia perché dice che sono una bestia perché ho richiesto questa cosa... effettivamente io perdo l'immagine”*.

I 21 medici intervistati indicano come nociva per tutta la categoria la modalità di informazione che i mezzi di comunicazione attuano verso la sanità in genere, in quanto veicolata dai mass media come amplificazione/generalizzazione di casi che, in realtà, sarebbero isolati. Con le parole di un intervistato: *“C'è una grande pubblicità negativa a livello dei mass media, di pubblicità”*.

Emerge in particolare il fatto che i mass media riportino “in prima pagina” un evento avverso verificatosi, per ipotesi, in un ospedale (i casi cui si fa riferimento sono di supposta sussistenza di responsabilità penale), ma poi, con il passare del tempo, non seguono la notizia, né il corso degli eventi e non riportano l'esito dei fatti, che si concludono, nella maggior parte dei casi con l'assoluzione dei medici inizialmente coinvolti. Si stima che l'80% delle controversie legali si risolva a vantaggio del medico denunciato¹⁵.

Quanto all'impatto reputazionale¹⁶ negativo che un errore - e l'eventuale denuncia in sede penale - ha per il medico presso gli altri colleghi e presso la collettività, gli intervistati dichiarano di riportare gravi conseguenze psicologiche, nonché di subire l'isolamento dei colleghi con i quali sta venendo meno, al pari che con i pazienti, il rapporto fiduciario: *“Poi ci vorrebbe una coesione di reparto tra colleghi. Se uno ha la percezione che quello che sta facendo per il paziente non sia la cosa migliore e quindi è stato fatto un errore, è importante non farselo scappare davanti ai parenti, soprattutto se non se ne ha la certezza. Spesso le*

¹⁵ Fonte: www.amami.it. Dati da verificare ulteriormente.

cose più gravi che sono successe, le denunce nei confronti di altri professionisti, sono generate dall'invidia. Medici che fanno delazione con i parenti... questo succede molto. Di questo, ho presente dei casi ben precisi. Anche i casi in cui ad un medico scappa un giudizio negativo su un collega davanti al paziente o ai parenti”;

- infine, dalla tabella 10, si osserva che solo il 15% dei medici manifesta la preoccupazione di incorrere in sanzioni disciplinari (da parte dell'organizzazione). Dato confermato anche dalle interviste, ove tutti i medici dichiarano che le aziende ospedaliere tendono a non applicarle: *“Sanzioni disciplinari, francamente non ne vedo”*.

Invece, la preoccupazione di mettere a repentaglio la propria carriera ed il timore di incorrere in provvedimenti di tipo legale colpiscono in maniera generalizzata i soggetti che manifestano comportamenti difensivi.

Età	Solo “Accordo”				
	Timore di una richiesta di risarcimento danni	Timore di un contenzioso medico-legale	Timore di pubblicità negativa, perdita di immagine	Precedenti esperienze personali di contenziosi medico-legali	Precedenti esperienze di contenziosi medico-legali a carico di un Suo collega
32-42	75,0%	79,1%	41,7%	45,8%	75,0%
43-52	60,0%	84,7%	27,1%	47,1%	63,4%
53-62	51,9%	74,3%	46,8%	51,0%	61,0%
63-72	74,0%	92,6%	70,4%	67,9%	78,6%

Tab.11- *Composizione percentuale riferita alla domanda del questionario “Quali fattori hanno influito sui comportamenti sopra indicati?” (dati disaggregati per “Età”)*

Disaggregando i dati in base alla variabile “Età” si possono però individuare particolari differenze (tabella 11).

In primo luogo vediamo che il timore di essere coinvolti in un contenzioso legale, piuttosto che di una richiesta di risarcimento danni, è maggiormente diffuso tra le fasce più giovani (32-42 anni) e tra le fasce più anziane (63-72 anni).

In secondo luogo, significative sono le distinzioni legate agli *item* “Timore di pubblicità negativa, perdita di immagine” e “Precedenti esperienze personali di

¹⁶ Sull'effetto reputazionale delle sanzioni penali, e sulla loro connessione con le sanzioni sociali, cfr. G. Forti, *L'Immane concretezza. Metamorfosi del crimine e controllo penale*, Cortina, Milano, 2000, pagg. 354, 345, 539.

contenziosi medico-legali”, dove il livello di accordo espresso dai medici più anziani si attesta su livelli molto elevati, dimostrando un attaccamento alla propria reputazione professionale di gran lunga maggiore rispetto agli operatori più giovani.

I risultati dell’indagine confermano quanto già riscontrato da altre ricerche in America ed in Europa. I comportamenti di Medicina Difensiva sembrano essere principalmente originati dal timore di essere coinvolti in contenziosi legali. Sarebbe da indagare ulteriormente il possibile ruolo svolto dalla perdita di fiducia nei “sistemi esperti” (Giddens, 1990), come quello medico ad esempio, della possibile minore fiducia¹⁷ nelle capacità e nell’affidabilità della classe medica, che mette in moto il circuito giudiziario.

Afferma un intervistato: *“Quando operiamo degli avvocati siamo già sulla difensiva. Una volta è arrivato un paziente che mi ha subito detto di essere un pubblico ministero. Mi sono sentito a disagio, quasi mi avesse avvertito. A volte capita anche con carabinieri e poliziotti. Oramai manca il rapporto fiduciario”*.

Si rileva talvolta un problema legato alla comunicazione tra medico e paziente. È stato notato, infatti, che in alcuni casi le denunce da parte dei pazienti traggono origine da situazioni nelle quali il medico non ha fornito né al paziente, né ai familiari adeguate informazioni e/o rassicurazioni sullo stato di salute del paziente medesimo. In sostanza colui che si ritiene danneggiato si rivolge ad un legale più per avere chiarimenti sul proprio caso che per animo di rivalsa. Dichiarano gli intervistati:

(a) *“Tutto è nel rapporto medico-paziente, con i parenti, identificando bene quali sono i parenti con cui parlare, di cui il paziente si fida maggiormente. Il rischio è che ne spuntino altri, cattivi consiglieri”*.

(b) *“La ferita è guarita, ahimè, con una cicatrice più brutta, e i parenti del paziente che litigavano quotidianamente con gli infermieri perché avevano un atteggiamento ostile nei confronti delle persone, perché il fidanzato della ragazza non poteva sedersi sul letto....”*.

(c) *“Una comunicazione corretta, e l’istituzione di un rapporto di cooperazione con il paziente e la famiglia di questi, eviterebbe l’insorgere di tali problemi”*.

¹⁷ Sull’importanza della fiducia, quale inestimabile “bene immateriale”, su cui si fonda la stessa sovranità di ogni entità statale, cfr. Forti G., *L’Immane concretezza. Metamorfosi del crimine e controllo penale*, Cortina, Milano, 2000, pagg. 411 e ss.

3. Considerazioni conclusive

Questa ricerca ha evidenziato la diffusione di un atteggiamento difensivo da parte dei medici, orientato a ridurre il rischio di controversie legali. I risultati dell'indagine, pertanto, confermano quanto già rilevato in altri contesti internazionali come gli Stati Uniti, il Giappone e la Gran Bretagna, dove la maggior parte dei sanitari afferma di modificare il proprio comportamento lavorativo per tutelare la propria carriera (Passmore and Leung, 2002; Studdert et al., 2005; Hiyama et al., 2006).

L'incremento esponenziale delle richieste di risarcimento dei pazienti (Ania, 2007), aumenta i costi per la Sanità pubblica e privata, senza che a ciò corrisponda un aumento di qualità e di sicurezza del Servizio Sanitario Nazionale.

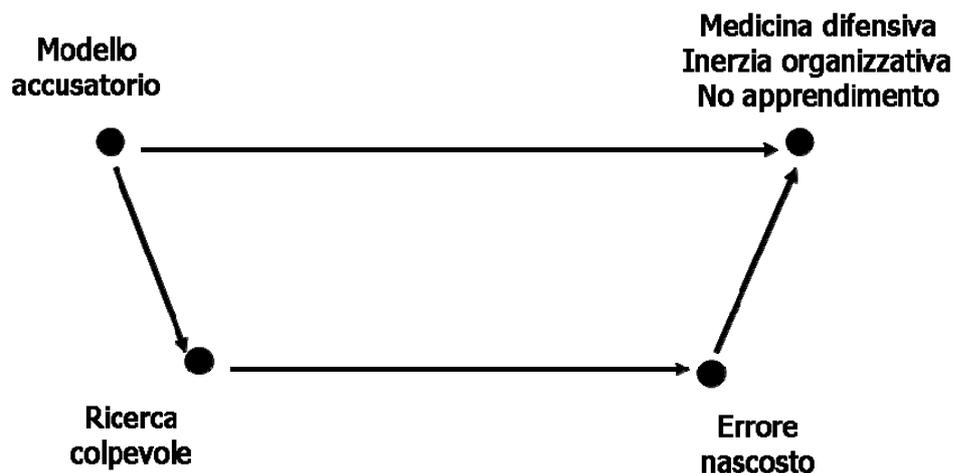
Riassumendo, le principali conclusioni che si possono trarre dalla ricerca:

1. *Elevata incidenza della Medicina Difensiva.* Il 77,9% dei medici afferma di aver assunto una condotta difensiva durante l'ultimo mese di lavoro. Tra questi, l'82,8% ha inserito in cartella clinica annotazioni evitabili; il 69,8% ha proposto il ricovero di un paziente gestibile ambulatorialmente; il 61,3% ha prescritto un numero maggiore di esami diagnostici rispetto a quello necessario; il 58,6% ha richiesto un consulto non necessario di altri specialisti; ed infine il 26,2% ha escluso pazienti a "rischio" da alcuni trattamenti.
2. *Maggiore diffusione di Medicina Difensiva tra i giovani medici.* Conformemente a quanto visto in altre ricerche, emerge che i medici più giovani dichiarano in misura maggiore di praticare la Medicina Difensiva, rispetto ai più anziani. Difatti, la percentuale di coloro che ammette di ricorrere ad atteggiamenti difensivi raggiunge il 92,3% all'interno della classe di soggetti che hanno tra i 32 e i 42 anni di età, contro il 67,4% dei soggetti aventi tra i 63 e i 72 anni.
3. *Timore diffuso di ripercussioni legali.* L'80% dei medici che adottano atteggiamenti difensivi manifesta il timore di subire un contenzioso legale, mentre il 60% dichiara di avere paura di ricevere una richiesta di risarcimento danni.
4. *Timore di pubblicità negativa.* Una parte cospicua dei medici intervistati (43,5%) denuncia l'atteggiamento accusatorio adottato dai mass media, i quali sono sempre più orientati a diffondere

slogan allarmistici che mettono in cattiva luce l'operato e la professione della classe medica.

L'aumento delle controversie legali medico-paziente e dei costi assicurativi si inserisce in un quadro di tendenza più ampio, comune anche ad altre professioni ad alto rischio (controllori del traffico aereo, piloti, ecc.). Emerge una "coscienza del rischio" che porta la società a pretendere sempre maggiori livelli di sicurezza per un numero sempre maggiore di fonti e di tipi di rischio.

L'approccio "accusatorio", orientato alla ricerca del colpevole più che delle criticità che hanno favorito l'errore, è da ritenersi tra i principali responsabili della diffusione degli atteggiamenti difensivi nei medici.



La ricerca del colpevole non favorisce il *reporting* degli errori, impedendo la possibilità di apprendere dai fallimenti e favorendo la diffusione di comportamenti difensivi. Per favorire la visibilità degli eventi anomali e dei *near miss* (mancati incidenti) è necessario, da un lato, avere maggiori e realistiche informazioni sugli incidenti, dall'altro, creare degli "spazi di non punibilità" all'interno dei quali le persone si sentano libere di poter discutere dei fallimenti per poter apprendere da questi. Va però chiarito che un'organizzazione totalmente *no blame* rischia di comportare, di fatto, un'approvazione di tutti gli atti insicuri. Una cultura organizzativa nella quale tutte le azioni sono possibili secondo la discrezionalità delle persone è una cultura che perde credibilità agli occhi delle persone stesse. Come sostiene Reason (1998), un prerequisito per un'equa e giusta cultura della sicurezza è che tutti i membri di un'organizzazione comprendano dove sia tracciata la linea tra i comportamenti inaccettabili che meritano sanzioni

ed il resto dei comportamenti, per i quali una punizione non appropriata non aiuta a promuovere la sicurezza.

In conclusione, emerge l'esigenza di ripensare l'utilizzo del diritto penale, promuovendo una diversa *civic epistemology* (Jasanoff, 2005) in caso di incidenti causati da errori non intenzionali. La sanzione penale è considerata un'importante strumento per il controllo sociale delle organizzazioni, ma ci sono forti dubbi, ed una scarsa evidenza empirica, sul suo potere deterrente in caso di incidenti (Vaughan, 1998) e sul ricorso al diritto penale come strumento privilegiato per impedire futuri incidenti tecnologici (Stella, 2002; Centonze, 2004) così come gli errori in medicina. Come abbiamo affermato, *un sistema professionale come quello medico, a rischio continuo di indagine penale, non è un sistema più attento e diligente, ma è un sistema che riduce i rischi di chi agisce cercando maggiori tutele formali, anche a scapito dell'utenza. Da qui l'origine della medicina difensiva.*

La percezione di una prassi giurisprudenziale particolarmente rigorosa, sul terreno della responsabilità penale e civile, induce spesso i medici a modificare le proprie condotte professionali: la *tutela della salute del paziente* può, così, diventare, per il sanitario, un obiettivo subordinato alla *minimizzazione del rischio legale*. Si segnala dunque come necessario, oltre che opportuno, un intervento di riforma legislativa, che punti a scongiurare i comportamenti di "Medicina Difensiva", nella ricerca di un equo bilanciamento tra l'esigenza di salvaguardare gli operatori sanitari da iniziative giudiziarie che spesso vengono avvertite come arbitrarie e ingiuste e la necessità di tutelare i diritti dei pazienti che si ritengano danneggiati da episodi di *medical malpractice*..

Nel campo sanitario, così come in altri settori caratterizzati da attività ad elevato contenuto rischioso (controllo del traffico aereo, aeronautica militare e civile, ecc.), occorre privilegiare le esigenze della prevenzione rispetto alla ricerca del colpevole, fermo restando il soddisfacimento del diritto dei danneggiati al risarcimento dei danni.

È auspicabile la promozione di una *Just Culture*, così come è stata definita dall'ICAO (International Civil Aviation Organisation), ovvero una cultura in cui gli operatori di *front-line* non vengano puniti per le azioni, le omissioni o per le decisioni commisurate alla loro esperienza, ma esclusivamente per gli atti di negligenza, le violazioni e le azioni distruttive considerate non tollerabili.

Bibliografia

- ADIMED (2004), Centro di Formazione Albert Schweitzer, Atti del Convegno, Aula Magna Palazzo di Giustizia di Torino, *Le professioni sanitarie come rischio sociale*.
- Ania (2007), *L'assicurazione italiana 2006/2007*, Ufficio Studi, Servizio Statistiche e Studi Attuariali.
- Argyris, C., Schon D. (1996), *Organizational Learning II. Theory, Method, and Practice*, London, Addison-Wesley Publishing Company, Inc.
- Baldwin, L.M., Hart L.G., Lloyd M., Fordyce M., Rosenblatt R.A. (1995), "Defensive medicine and obstetrics", *JAMA*; no. 274: 1606-10.
- Bassett, K. L., Iyer N., Kazanjian A. (2000), "Defensive medicine during hospital obstetrical care: a byproduct of the technological age", *Soc. Sci. Med.*; no. 51: 523-537.
- Boudon, R. (1992), "Azione", in Boudon R. (a cura di) *Traité de sociologie*, Paris, Presses Universitaires de France; trad. it. *Trattato di sociologia*, Bologna, Il Mulino, 1996.
- Budetti, P. P., Waters T. M. (2005) *Medical Malpractice Law in the United States*, Washington, Kaiser Family Foundation.
- Catino, M. (2006), *Da Chernobyl a Linate. Incidenti tecnologici o errori organizzativi?*, Milano, Mondadori.
- Catino, M., Locatelli C. (2007), "Cultura della colpa e apprendimento organizzativo", *Rischio Sanità Assinform Srl*, no. 24.
- Catino, M. (2008a), "A Review of Literature: Individual Blame vs. Organizational Function Logics in Accident Analysis", *Journal of Contingencies and Crisis Management*; vol. 16, no. 1: 53-62.
- Catino, M., Albolino S. (2008b), "Colpa ed errore. Logiche d'analisi in aeronautica e in medicina", *Studi Organizzativi*, no. 1: 117-144.
- Centonze F. (2004), *La normalità dei disastri tecnologici. Il problema del congedo dal diritto penale*, Milano, Giuffrè.
- Cineas (2008), "Rapporto medico e paziente: i pericoli della medicina difensiva".
- De Vries, E. N., Ramrattan M. A., Smorenburg S. M., Gouma D. J., Boermeester M. A. (2008), "The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review", *Qual. Saf. Health Care*; no. 17: 216-223.

- Drabeck, T., Quarantelli E. (1967), "Scapegoats, Villians and Disasters", *Transaction*: 12-17.
- Fiori, A. (1996), "La Medicina legale difensiva", *Riv. It. Med. Leg.*; no. 18: 899.
- Fischhoff, B. (1975), "Hindsight * foresight: the effect of outcome knowledge on judgment under uncertainty", *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*; no. 1(3): 288-299.
- Fiske, S.T., Taylor S.E. (1984), *Social Cognition*. New York, NY, Random House.
- Forti, G. (2000), *L'immane concretezza. Metamorfosi del crimine e controllo penale*, Milano, Cortina.
- Forti, G., Bertolino M. (a cura di) (2005), *La televisione del crimine*, Milano, Vita e pensiero.
- Friedberg, E. (1993), *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée*, Paris, Edition du Seuil; trad. it. *Il potere e la regola. Dinamica dell'azione organizzata*, Milano, Etas, 1994.
- Gilbert, D. T., Malone P. S. (1995), "The correspondence bias", *Psychological Bulletin*; no. 117: 21-38.
- Giddens, A. (1990), *The Consequences of Modernity*, Cambridge, Polity Press.
- Glassman, P.A., Rolph J.E., Petersen L.P., Bradley M.A., Kravitz R.L. (1996), "Physicians' personal malpractice experiences are not related to defensive clinical practices", *J. Health Polit Policy Law*; no. 21(2): 267-88.
- Goffman, E. (1963), *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*, Simon & Schuster, Inc.
- Hersey, N. (1972), "The defensive practice of medicine: myth or reality", *Milbank Men. Fund. Q.*; no. 50: 69-98.
- Hiyama, T., Yoshihara M., Tanaka S., Urabe Y., Ikegami Y., Fukuhara T., Chayama K. (2006), "Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan", *World J Gastroenterol.*; no. 21, 12(47): 7671-5.
- Jasanoff, S. (2005), "Restoring Reason: Causal Narratives and Political Culture", in Hutter, B. and Power, M., *Organizational Encounters with Risks*, Cambridge, UK, Cambridge University Press.
- Kessler, D. P., McClellan M. (1996), "Do doctors practice defensive medicine?", *Quarterly Journal of Economics*; no. 111: 353-90. [JSTOR]

- Kessler, D. P., Summerton N, Graham J. R. (2006), “Effects of the medical liability system in Australia, the UK, and the USA”, *Lancet*; no. 368: 240–6.
- Klingman, D., Localio A. R., Sugarman J., Wagner J. L., Polishuk P. T., Wolfe L., Corrigan J.A. (1996), “Measuring defensive medicine using clinical scenario surveys”, *J. Health Polit Policy Law*; no. 21(2): 267-88.
- Kohn, L. T., Corrigan J. M., Donaldson M. S. (2000), *To err is human. Building a Safer Health System*, Washington, National Academy Press.
- La Porte, T., Consolini P. (1994), “Working in practice but not in theory: theoretical challenges of high reliability organizations”, *Journal of Public Administration Research and Theory*; no. 1: 19-47.
- Leape, L. (1994), “Error in medicine”, *JAMA*; no. 272: 1851-1857.
- Murphy, J. F. (2004), “When careful medicine becomes defensive medicine”, *Ir. Med. J.*; no. 97.
- Merry, A., Smith A. M. C. (2001), *Errors, Medicine and the Law*, Cambridge University Press, Cambridge; trad. it. *L'errore, la medicina e la legge*, Milano, Giuffrè, 2004.
- Passmore, K., Leung W. C. (2002), “Defensive practice among psychiatrists: a questionnaire survey”, *Postgrad. Med. J.*; no. 78: 671–673.
- Rasmussen, J. (1990), “Human error and the problem of causality in analysis of accidents”, *Phil. Trans. R. Soc*; no. B 327: 449-462.
- Reason, J. (1990), *Human Error*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Reason, J. (1997), *Managing the Risk Organizational Accidents*, Aldershot, Ashgate.
- Reason, J. (1998), “Achieving a safe culture: theory and practice”, *Work & Stress*; vol. 12, no. 3: 293-306.
- Rubin, R. J., Mendelson D. N. (1994), “How much does defensive medicine cost?”, *J. Am. Health Policy*; no. 4(4): 7-15.
- Spear, S. J., Schmidhofer M. (2005), “Ambiguity and workarounds as contributors to medical error”, *Annals of Internal Medicine*; no. 142(8): 627-30.
- Stella, F. (2002), *Giustizia e modernità. La protezione dell'innocente e la tutela delle vittime*, Milano, Giuffrè.

- Stewart, R. M., Johnston J., Geoghegan K. et al. (2005), "Trauma surgery malpractice risk: perception versus reality", *Annals of Surgery, Proceedings of the 116th annual meeting of the southern surgical association december 2004*; no. 241(6): 969-77.
- Studdert, D. M., Mello M. M., Sage W. M., DesRoches C. M., Peugh J., MA; Zapert K., Brennan T. A. (2005), "Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment", *JAMA*; no. 293: 2609-2617.
- Summerton, N. (1995), "Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners", *BMJ*; no. 310(6988): 1200.
- Summerton, N. (2000), "Trends in negative defensive medicine within general practice", *Br. J. Gen. Pract.*; no. 50(456): 565-6.
- Tancredi, L.R., Barondess J.A. (1978), "The problem of defensive medicine", *Science*; no. 200: 879-82.
- Thompson, M.S., King C.P. (1984), "Physician perceptions of medical malpractice and defensive medicine", *Eval Program Plann*; no. 7(1): 95-104.
- US Congress, Office of Technology Assessment (1994), *Defensive medicine and medical malpractice*, OTA – H – 602, Washington, DC: US Government Printing Office.
- Vaughan, D. (1996), *The Challenger Launch Decision. Risk Technology, Culture, and Deviance at NASA*, Chicago, The University Chicago Press.
- Vaughan, D. (1998), "Rational Choice, Situate Action, and the Social Control of Organizations", *Law and Society Review*; no. 32: 23-61.
- Weick, K.E., Sutcliffe K.M., Obstfeld D. (1997), *Organizing for High Reliability: the mindful suppression of inertia*, Working Paper 9710-25, University of Michigan Business School.
- Weick, K.E., Sutcliffe K.M. (2001), *Managing the Unexpected. Assuring High Performance in an Age of Complexity*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Westrum, R. (1995), "Organizational dynamics and safety", in N. McDonald, N.A. Johnston e R. Fuller (a cura di), *Application of Psychology to the Aviation System*, Aldershot, Averbury Aviation.
- Wilson, P. F., Larry D. D., Gaylord F. A. (1993), *Root Cause Analysis: A Tool for Total Quality Management*, Milwaukee, Wisconsin, ASQ Quality Press.

Gli Autori

MAURIZIO CATINO, Professore associato di Sociologia dell'organizzazione presso la Facoltà di Sociologia dell'Università degli Studi di Milano – Bicocca.

Condirettore della rivista *Studi Organizzativi*, membro del comitato scientifico della rivista *Ergonomia*. I suoi principali interessi scientifici e professionali riguardano: il contributo umano ed organizzativo agli incidenti e ai breakdown dei sistemi complessi. È autore di numerose pubblicazioni sia in Italia che all'estero su l'error management; l'errore umano in medicina e i fattori organizzativi; la miopia organizzativa; le organizzazioni ad alta affidabilità; le culture della sicurezza per la prevenzione degli errori.

È stato Visiting professor presso il Department of Sociology, Oxford (UK), Luglio-Agosto 2007. Tra i suoi ultimi libri: *Da Chernobyl a Linate. Incidenti Tecnologici o Errori Organizzativi?*, Bruno Mondadori, 2006; *Miopia Organizzativa. Problemi di razionalità e previsione nelle organizzazioni*, Bologna, il Mulino, 2009. E.mail: maurizio.catino@unimib.it

PAOLA CATTORINI, laureata in Giurisprudenza presso Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano. Esercita la professione di Avvocato in Milano. È Cultore della materia di Criminologia e membro del Centro Studi Federico Stella sulla Giustizia Penale e la Politica Criminale, diretto dal Prof. Gabrio Forti, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano. È autrice di diverse pubblicazioni tra cui: “I limiti del giudice e il rispetto dei principi di difesa e del contraddittorio”, (Accademia Lancisiana, 2007); “I reati colposi e ambientali nella rappresentazione mediatica”, in G. Forti e M. Bertolino (a cura di), “*La televisione del crimine*”, Edizioni Vita e Pensiero, 2005.

CHIARA LOCATELLI, laureata in Sociologia presso l'Università degli Studi di Milano – Bicocca. Svolge attività di ricerca presso l'Università degli Studi di Milano – Bicocca. Collabora con il Servizio Qualità – MCQ dell'ospedale Niguarda Cà Granda di Milano. Tra le sue pubblicazioni: “Cultura della colpa e apprendimento organizzativo” (Rischio Sanità); “Le conseguenze della “Colpevolizzazione”: difficoltà di apprendere dagli errori e medicina difensiva” (Torino Medica, 2009); “Le difficoltà di apprendere dall'errore in medicina: barriere e ostacoli alla segnalazione” (in corso di pubblicazione).

Allegati: il questionario e la check list per le interviste

IL QUESTIONARIO

▪ SESSIONE 1: DATI SOCIO-ANAGRAFICI

d.1 – Et :

--	--

d.2 – Genere:

¹ Maschio

² Femmina

d.3 – Professione:

¹ Medico

² Medico Specializzando

d.4 – Nello spazio sottostante indichi il tipo di reparto in cui lavora (es. medicina generale, pronto soccorso, ecc.):

--

d.5 - Specifichi, inoltre se appartiene ad una delle seguenti categorie:

¹ Dirigente medico

² Direttore di presidio/ dipartimento/ struttura complessa/ struttura semplice

³ Altro (specificare) _____

d.6 - Anzianit  professionale:

¹ Fino a 1 anno

² da 1 a 5 anni

³ da 6 a 10 anni

⁴ da 11 a 20 anni

⁵ da 21 a 30 anni

⁶ pi  di 30 anni

d.7 - Specifichi, inoltre, se lavora in:

¹ Ospedale pubblico

² Ospedale privato accreditato

▪ **SESSIONE 2: MEDICINA DIFENSIVA**

d.8 – Durante l’ultimo mese di lavoro, quante volte ha compiuto azioni come quelle qui sotto riportate? (Per ognuno degli “items” presentati, risponda inserendo una crocetta all’interno della casella che ritiene più appropriata)

	Mai ¹	1-3 v. ²	4-6 v. ³	7-9 v. ⁴	10 v. e più ⁵
a. Prescritto un numero maggiore di esami diagnostici rispetto a quello necessario (es. oltre a quelli raccomandati da Linee Guida o Protocolli).					
b. Richiesto procedure invasive (es. biopsia) non necessarie.					
c. Prescritto trattamenti non necessari (es. oltre a quelle raccomandate da Linee Guida o Protocolli).					
d. Prescritto farmaci non strettamente necessari.					
e. Accettato/proposto il ricovero di un paziente in ospedale, anche se le condizioni avrebbero consentito una gestione ambulatoriale.					
f. Chiesto un consulto specialistico non necessario.					
g. Scritto in cartella clinica annotazioni che avrebbe evitato di riportare se non fosse stato preoccupato per possibili problemi medico-legali.					
h. Evitato procedure (diagnostiche o terapeutiche) rischiose su pazienti che avrebbero potuto averne beneficio.					
i. Escluso pazienti “a rischio” da alcuni trattamenti (oltre le normali regole di prudenza).					

Se ha risposto “Mai” in tutti gli items presentati, da (a) a (i), per Lei il questionario termina qui, altrimenti vada alla domanda d.9

d.9 – Quali fattori hanno influito sui comportamenti sopra indicati? (Risponda con una crocetta esprimendo il suo grado di accordo/disaccordo con le seguenti affermazioni).

	Molto d'accordo ⁴	Abbastanza d'accordo ³	Poco d'accordo ²	Per nulla d'accordo ¹
Timore di una richiesta di risarcimento danni, in caso di complicanze/eventi avversi.				
Timore di un contenzioso medico-legale, in caso di complicanze/eventi avversi.				
Timore di sanzioni disciplinari, in caso di complicanze/eventi avversi.				
Timore di pubblicità negativa, perdita di immagine, in caso di complicanze/eventi avversi.				
Precedenti esperienze personali di contenziosi medico-legali.				
Precedenti esperienze di contenziosi medico-legali a carico di un Suo collega.				

CHECK LIST PER LE INTERVISTE

- 1.** È a conoscenza del problema della Medicina Difensiva?
- 2.** In base alla sua esperienza, è una pratica diffusa tra i professionisti sanitari?
- 3.** A Suo parere, quali sono i comportamenti di Medicina Difensiva maggiormente adottati?
(Riportare alcuni esempi: - Prescritto un numero maggiore di esami diagnostici rispetto a quello necessario; - Richiesto procedure invasive non necessarie; - Prescritto farmaci non necessari;
- Prescritto trattamenti non necessari; - Evitato procedure rischiose su pazienti che avrebbero potuto averne beneficio; - Escluso pazienti “a rischio” da alcuni trattamenti, oltre le normali regole di prudenza)
- 4.** Durante l’ultimo mese di lavoro, quali comportamenti di Medicina Difensiva Le è capitato di osservare o di esserne venuto a conoscenza?
(Riportare alcuni esempi: - Prescritto un numero maggiore di esami diagnostici rispetto a quello necessario; - Richiesto procedure invasive non necessarie; - Prescritto farmaci non necessari; - Prescritto trattamenti non necessari; - Evitato procedure rischiose su pazienti che avrebbero potuto averne beneficio; - Escluso pazienti “a rischio” da alcuni trattamenti, oltre le normali regole di prudenza)
- 5.** Secondo lei quali sono i motivi che possono spingere ad agire in questo modo?
(Riportare qualche esempio: - Timore di una richiesta di risarcimento danni, in caso di complicanze/eventi avversi; - Timore di un contenzioso medico-legale; - Timore di sanzioni disciplinari; - Timore di pubblicità negativa, perdita di immagine; - Precedenti esperienze personali di contenziosi medico-legali; - Precedenti esperienze di contenziosi medico-legali a carico di un Suo collega)
- 6.** Tra i motivi che mi ha appena indicato, secondo Lei, quale pesa in misura maggiore?
- 7.** Personalmente, si sente minacciato/a dalla possibilità di incorrere in sanzioni disciplinari, qualora si verificasse un evento avverso?
 - 7.1....** di essere coinvolto/a in un contenzioso di tipo medico-legale?
 - 7.2....** di essere screditato/a professionalmente e pubblicamente (attraverso i mass media)?
- 8.** Secondo Lei, quali azioni migliorative si possono attivare per circoscrivere il problema della Medicina Difensiva?
- 9.** Dedichiamo l’ultima parte dell’intervista per osservazioni, consigli o per qualsiasi cosa Lei ritenga utile condividere in merito al tema della Medicina Difensiva.