FONDAZIONEISTUD

Impatto sociale, economico e giuridico della pratica della medicina difensiva in Italia e negli Stati Uniti

Programma "Scienziati in Azienda" - XII Edizione

Stresa, 26 settembre 2011 – 16 luglio 2012

1° Project Work

A cura di: Rocco Barresi, Alfonso Battaglino, Alessandro Calabrese, Rossella Lomastro, Gennaro Maffione, Valentina Natoli, Eliana Parente, Alessandro Quazzico

INDICE

1. LA MEDICINA DIFENSIVA: UNO SGUARDO D'INSIEME **pag. 2**
1.1 Una definizione del fenomeno **pag. 2**
1.2 Le dimensioni del fenomeno **pag. 3**

2. ALLA BASE DELLA MEDICINA DIFENSIVA: INDAGARE IL FENOMENO **pag. 6**
***2*.1 La formalizzazione giuridica della responsabilità contrattuale del medico nel rapporto medico-paziente** **pag. 6**
2.2 Tutela del paziente e responsabilità medica alla base dell'insorgenza dell'orientamento medico difensivo **pag. 7**
2.2.1 Cause "sistemiche" *pag. 7*
2.2.1.1 La trasformazione del rapporto medico-paziente: perdita dell'insindacabilità dell'atto medico e personalizzazione della relazione pag. 7
2.2.1.2 L'evoluzione del progresso scientifico: nuovi spaccati di rischio e pretesa onnipotenza della medicina pag. 8
2.2.1.3 Il difficile rapporto comunicativo tra sistema giuridico e sistema medico pag. 9
2.2.1.4 Problemi organizzativi nelle strutture complesse, teatro dell'agire del medico pag. 10
2.2.2 Le cause "individuali" **pag. 11**

3. OLTRE LA MEDICINA DIFENSIVA: EVOLUZIONE E POSSIBILI DERIVE DEL FENOMENO **pag. 12**
3.1 Ripercussioni sull'esercizio della professione medica **pag. 12**
3.2 Cambiamento degli standard qualitativi dell'offerta sanitaria al paziente **pag. 13**
3.3 Impatto sulla sostenibilità economica dell'offerta sanitaria al paziente: quanto "vale" la medicina difensiva? **pag. 15**
3.3.1 Indagine del 2008 "La medicina difensiva in Italia in un quadro comparato: problemi, evidenze e conseguenze" *pag. 15*
3.3.1.1 Le metodologie di studio pag. 16
3.3.1.2 Le fasi di sviluppo della ricerca pag. 17
3.3.1.3 Risultati della ricerca pag. 21
3.3.2 Indagine del 2010: "Chi si difende da chi? E perché?" *pag. 21*
3.3.2.1 I risultati dell'indagine nazionale pag. 22
3.3.3 I costi indiretti della medicina difensiva: costi assicurativi *pag. 23*

4. LA MEDICINA DIFENSIVA NEL PANORAMA STATUNITENSE: ORIGINI E SVILUPPI DEL FENOMENO **pag. 28**
4.1 Cause ed origini del contenzioso **pag. 28**
4.2 Sistemi di finanziamento della sanità in America **pag. 31**
4.3 Conseguenze del contenzioso sul settore assicurativo **pag. 32**

5.VIVERE LA MEDICINA DIFENSIVA: LA PAROLA AI PROFESSIONISTI **pag. 34**
5.1 Intervista a Maurizio Maggiorotti, presidente dell'associazione AMAMI **pag. 34**
5.2 Intervista a Francesca Moccia, presidente del Tribunale del Malato - Cittadinanzattiva **pag. 36**

6. SUPERARE LA MEDICINA DIFENSIVA: UNO SGUARDO ALLE PROSPETTIVE FUTURE **pag. 38**
6.1 Riattribuire il corretto significato agli strumenti a disposizione del medico nella relazione con il paziente: linee guida e consenso informato **pag. 38**
6.2 Ritrovare il dialogo tra medico e paziente **pag. 39**
6.3 Ripristinare un corretto ambiente socio-culturale: meno sensazionalismo e più informazione da parte dei media **pag. 39**
6.4 Spostare lo sguardo: dal problema della medical malpractice a quello più generale della malasanità **pag. 40**
6.5 Stabilire una corretta definizione di "atto medico" **pag. 41**

BIBLIOGRAFIA **pag. 44**
RINGRAZIAMENTI **pag. 46**

CAPITOLO 1
LA MEDICINA DIFENSIVA: UNO SGUARDO D'INSIEME

> *"Tu perché vuoi fare il medico? Voglio aiutare. Avere un rapporto con le persone. Il medico interagisce con la gente quando è più vulnerabile. Oltre alle cure mediche offre anche speranza e un consiglio. Ecco perché amo l'idea di fare il dottore"* (Dal film "*Patch Adams*").

> *"Trentamila denunce e dodicimila processi penali intentati nell'ultimo anno da parte di pazienti a carico di medici per presunta responsabilità colposa derivante dall'attività professionale… I drammi professionali dei medici e le tragedie dei pazienti si consumano tra liti e processi interminabili, perizie e consulenze contraddittorie, sospetti di connivenze e corruzioni, in un clima generale di sospetto e diffidenza che avvelena la sanità e ostacola la giustizia"* (Dall'inchiesta de L'Espresso del 29/05/2008, "Dottore ti denuncio").

Nel corso degli ultimi anni si è profondamente modificata l'impostazione del rapporto medico-paziente, poiché è aumentata la percezione sociale del problema della *medical malpractice* e si è andata affermando una sempre maggiore attribuzione di responsabilità civile e penale all'operatore sanitario. La classe medica, riconosciuta sempre più responsabile di episodi di malasanità, a torto o a ragione, è stata esposta ad un numero sempre maggiore di azioni legali. La tensione conseguentemente generatasi ha fatto sì che sulla medicina tradizionale – basata primariamente sulla considerazione della salute e della guarigione del paziente – si andasse imponendo la cosiddetta "medicina difensiva" – ispirata anche alla minimizzazione di sempre più probabili sequele giudiziarie e alla tutela legale dell'operatore sanitario. Si è dunque instaurata una sorta di "circolo vizioso" tra errore medico, *malpractice litigation*, reazioni dei pazienti e dei medici: i pazienti non subiscono più passivamente le decisioni dei medici e, se sospettano che questi abbiano sbagliato, avviano un conflitto giudiziale che li vede contrapposti ai medici nei tribunali; la questione dell'errore medico viene così alla ribalta, si rafforza nella pubblica opinione e funge da incentivo per i pazienti a intraprendere con maggiore frequenza azioni giudiziali; si consolida, pertanto, nel comune sentire dei medici, un'attitudine difensiva che conduce a una vera e propria alterazione dei modelli e dei processi decisionali relativi alla diagnosi e al trattamento del paziente.

1.1 Una definizione del fenomeno

L'approccio tradizionale descrive, dunque, il fenomeno della medicina difensiva come un comportamento della pratica medica volto ad adottare o evitare determinate misure e decisioni diagnostiche e/o terapeutiche, ispirandosi più all'obiettivo di allontanare il rischio di sempre più probabili sequele giudiziarie che a quello di assicurare la salute e

la guarigione del paziente. L'obiettivo della tutela della salute del paziente sembrerebbe diventare, pertanto, secondario a quello della minimizzazione del rischio legale.

> *"La medicina difensiva si verifica quando i medici prescrivono test, procedure diagnostiche o visite, oppure evitano pazienti o trattamenti ad alto rischio, principalmente (ma non esclusivamente) per ridurre la loro esposizione ad un giudizio di responsabilità per malpractice. Quando i medici prescrivono extra test o procedure, essi praticano una medicina difensiva positiva; quando evitano certi pazienti o trattamenti, praticano una medicina difensiva negativa"* (Definizione elaborata nel 1994 dall'OTA, *Office of Technology Assessment, U.S. Congress*).

Come si evince dalla definizione, il fenomeno della pratica medica difensiva compendia svariate strategie e, pertanto, non si presta ad un modello descrittivo unitario. Ad ogni modo, la classificazione più comune permette di riconoscere due fondamentali modalità di condotta difensiva: una attiva (positiva) e una passiva (negativa). La prima si caratterizza per un eccesso di prestazioni e atti diagnostici e/o terapeutici non realmente necessitati dalla situazione contingente, per ridurre le accuse di malasanità; la seconda, invece, è contraddistinta dal tentativo di evitare determinate categorie di pazienti o determinati interventi diagnostici e/o terapeutici, perché potrebbero prospettare un rischio di contenzioso.

Il fenomeno della medicina difensiva – nato negli Stati Uniti negli ultimi decenni e diffusosi ormai anche in molti altri paesi europei – si è generalmente radicato in società particolarmente evolute e caratterizzate da diffuso benessere, sulla base di alcuni presupposti connessi proprio allo sviluppo socio-economico:

- un ampio e consolidato riconoscimento delle esigenze di tutela del paziente nei confronti dell'attività del medico, con conseguente predisposizione dei relativi strumenti giuridici;
- un notevole progresso non solo scientifico e tecnologico, ma anche industriale e organizzativo, che consenta un'ampia offerta di mezzi diagnostico-terapeutici;
- economie in crescita o comunque molto forti, poiché, quale che sia il soggetto finale su cui ricadono i costi (pubblico o privato), è indubbio che la struttura economico-sociale debba essere in grado di fronteggiare un notevole incremento di spesa.

1.2 Le dimensioni del fenomeno

Mentre in altri Paesi occidentali il fenomeno della medicina difensiva è indagato e studiato da tempo, in Italia soltanto di recente sono state effettuate ricerche a carattere statistico finalizzate alla sua comprensione.

In particolare, il 23 novembre 2010 sono stati presentati i risultati della prima ricerca nazionale sulla medicina difensiva condotta dall'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (d'ora in poi Ordine Medici Roma). La raccolta di dati è stata realizzata tra il 2009 e il 2010. Con un apposito sondaggio è stato indagato un campione probabilistico di 2.783 medici, stratificato per età, area geografica,

rappresentativo di tutti i medici italiani (esclusi gli odontoiatri) fino a 70 anni, attivi in tutti i ruoli (ospedali, case di cura, medicina di base) nel settore pubblico o privato. Dai risultati è emerso che:

- circa il 53% dei medici dichiara di prescrivere farmaci per ragioni di medicina difensiva e, mediamente, tali prescrizioni sono il 13% circa di tutte le prescrizioni.
- il 73% e oltre dei medici dichiara di prescrivere visite specialistiche per ragioni di medicina difensiva e, mediamente, tali prescrizioni costituiscono il 21% di tutte le prescrizioni.
- circa il 71% dei medici dichiara di prescrivere esami di laboratorio per ragioni di medicina difensiva e, mediamente, tali prescrizioni costituiscono il 21% circa di tutte le prescrizioni.
- circa il 75,6% dei medici dichiara di prescrivere esami strumentali per ragioni di medicina difensiva e, mediamente, tali prescrizioni rappresentano il 22,6% circa di tutte le prescrizioni.
- circa il 49, 9% dei medici dichiara di prescrivere ricoveri per ragioni di medicina difensiva e, mediamente, tali prescrizioni costituiscono l'11% circa di tutte le prescrizioni.

Un'altra indagine è stata condotta tra luglio e novembre 2008 dal Centro Studi "Federico Stella" sulla Giustizia penale e la Politica criminale, coinvolgendo 307 medici (d'ora in poi Centro Stella). 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 l'intervistato 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%). Da tale studio si evince che:

- il 77,9% degli operatori intervistati ha adottato almeno un comportamento di medicina difensiva durante l'ultimo mese di lavoro;
- 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;
- il 26,2% ha escluso pazienti "a rischio" da alcuni trattamenti;
- i medici più giovani dichiarano in misura maggiore di praticare la medicina difensiva rispetto ai più anziani. In particolare, 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.

Infine, nell'ottobre 2010 sono stati presentati i risultati di una ricerca sulla medicina difensiva nell'urgenza. L'indagine è stata condotta su 1.327 medici. Le caratteristiche socio-anagrafiche del campione sono: età compresa tra i 37 e i 47 anni (33,3%) e tra i 48 e i 59 anni. L'anzianità di servizio è medio-alta: da 11 a 20 anni il 27,8% e da 21 a 30 anni il 25%. Il 60,8% è di genere maschile; nel 97% dei casi gli intervistati lavorano in

un ospedale pubblico. Si tratta per lo più di medici specialisti (93,8%) appartenenti all'area medica (46,3%), con il ruolo di dirigenza (73%) o di direzione di presidio/dipartimento (22,5%). La maggior parte dei rispondenti, inoltre, proviene dalle regioni del nord (52%), in particolare dalla Lombardia e dal Piemonte. Questi i principali risultati evidenziati:

- il 90,5% dei medici intervistati ammette di aver adottato almeno un comportamento di medicina difensiva durante l'ultimo mese di lavoro;
- il 77,7% ha richiesto esami di laboratorio non necessari;
- il 72,8% ha inserito annotazioni inutili in cartella clinica;
- il 67,3% ha richiesto consulenze di altri specialisti non necessarie;
- il 64,1% ha richiesto esami invasivi inutili per non contrastare il parere del consulente interpellato;
- il 63,3% ha richiesto un ricovero non necessario solo per assecondare le pressioni dei familiari del paziente;
- il 61,2% ha richiesto un ricovero per un paziente gestibile ambulatorialmente;
- il 51,8% ha enfatizzato alcuni aspetti clinico-anamnestici per giustificare la correttezza della propria diagnosi.

I dati principali che emergono da questi studi, pertanto, sono che:

- c'è un'elevata incidenza della medicina difensiva nella pratica clinica
- c'è un maggiore utilizzo della medicina difensiva da parte dei giovani medici
- la frequenza dei comportamenti di medicina difensiva è indipendente dalle caratteristiche socio-anagrafiche
- il ricorso a pratiche di medicina difensiva è dettato principalmente dal timore dei medici di avere ripercussioni legali

Non a caso, le preoccupazioni da parte del medico di incorrere in un contenzioso sono motivate dall'incremento esponenziale delle richieste di risarcimento da parte dei pazienti, come rilevato dall'ANIA (Associazione Nazionale Imprese Assicuratrici) nel 2009.

CAPITOLO 2
ALLA BASE DELLA MEDICINA DIFENSIVA: INDAGARE IL FENOMENO

Come già anticipato, alla base dell'atteggiamento difensivo della classe medica vi è un consistente spostamento dell'asse della responsabilità sanitaria verso un assetto di tutela rafforzata del paziente e il conseguente anomalo intensificarsi del contenzioso legale per *medical malpractice*. Per poter arrivare a comprendere le cause all'origine di tale fenomeno è però necessaria, prima, una breve disamina dei principi generali del nostro ordinamento giuridico in tema di responsabilità civile e penale del medico e in tema di inadempimento nella professione medica.

2.1 La formalizzazione giuridica della responsabilità contrattuale del medico nel rapporto medico-paziente

> *"Giuro […] di prestare la mia opera con diligenza, perizia e prudenza, secondo scienza e coscienza, ed osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della medicina e quelle giuridiche che non risultino in contrasto con gli scopi della mia professione […]"* (Dal Giuramento di Ippocrate).

Norme deontologiche e norme giuridiche, dunque. L'operato del medico nei confronti del paziente, infatti, non è guidato soltanto dall'aderenza ai principi di eticità e competenza scientifica (come espresso nel Codice di Deontologia Medica), ma anche dall'adempimento ai principi di responsabilità contrattuale verso il paziente stesso (come formalizzato nell'articolo 1218 del Codice Civile). Va ricordato, infatti, che l'operatore sanitario risulta soggetto ad un contratto d'opera professionale nei confronti del paziente di cui si fa carico – contratto definito, nella fattispecie, "contatto sociale". La stipula di tale contratto tra medico e paziente definisce, dunque, il riconoscimento giurisprudenziale di una responsabilità del primo nei confronti del secondo, anche in assenza di un vero e proprio contratto formale tra le due parti. La cosiddetta contrattualizzazione della responsabilità del medico delinea, pertanto, un rapporto professionale in cui il paziente è creditore della prestazione professionale mentre il medico è tenuto ad offrire la propria attività secondo i parametri di diligenza, prudenza e perizia:

- la diligenza individua il modello di precisione e abilità tecnica a cui il debitore deve uniformarsi e indica lo sforzo che deve profondere per adempiere esattamente;
- la perizia consiste nel complesso di cognizioni tecniche acquisite attraverso lo studio e l'esperienza, nonché nella capacità di metterle in atto nel momento opportuno;
- la prudenza fa riferimento a un criterio della condotta caratterizzato dall'agire dopo una conveniente riflessione preventiva, osservando le cautele del caso e tenendo in considerazione gli eventuali rischi che possono conseguire da una data condotta.

L'inosservanza da parte del medico di un siffatto comportamento, coerente con i principi di diligenza, prudenza e perizia, e l'adozione di un comportamento tale da determinare, invece, un danno a carico del paziente costituisce il fondamento della responsabilità da inadempimento contrattuale. In una simile circostanza, il paziente – ritenuto parte lesa – è tenuto a dimostrare di aver ricevuto un tipo di prestazione medica differente rispetto al modello normalmente realizzato in capo a una condotta diligente, mentre al medico – ritenuto colpevole – incombe l'onere di provare che l'inesattezza della prestazione è dipesa da cause a lui non imputabili. Il medico, infatti, è da considerarsi esente da responsabilità quando il peggioramento delle condizioni del paziente sia stato determinato da un evento non superabile con l'adeguata diligenza, o per l'intervento di un fattore estraneo alla sua sfera soggettiva e non causalmente connesso al suo negligente operato. In ogni caso, comunque, l'asse dell'onere probatorio è spostato sul medico, con un vantaggio processuale a favore del paziente.

2.2 Tutela del paziente e responsabilità medica alla base dell'insorgenza dell'orientamento medico difensivo

Come precedentemente accennato, nel contesto socio-culturale venutosi a creare negli ultimi decenni, si è profondamente modificato il consueto rapporto medico-paziente; infatti, si è sviluppato un generale rafforzamento del concetto di tutela del paziente e si è andata via via consolidando un'aumentata percezione della responsabilità medica. Le ragioni all'origine di tale mutamento possono essere ricondotte a cause di diversa natura:

- cause di natura "sistemica", vale a dire riferite al più generale contesto socio-culturale all'interno del quale il medico opera;
- cause di natura "individuale", più strettamente riconducibili alla psicologia del singolo operatore sanitario.

2.2.1 Cause "sistemiche"

Le cause sistemiche sono tutte accomunate dal fatto che non incidono direttamente sull'incremento della medicina difensiva, bensì sull'incremento dell'affermazione di una responsabilità (civile e/o penale) del medico, incremento che a sua volta cagiona la reazione difensiva del professionista sanitario.

2.2.1.1 La trasformazione del rapporto medico-paziente: perdita dell'insindacabilità dell'atto medico e spersonalizzazione della relazione

Un primo contributo all'affermazione e all'incremento della responsabilità del medico (e quindi della medicina difensiva) è offerto dalla trasformazione che il rapporto medico/paziente ha subìto negli ultimi decenni.

Si è passati, infatti, da un rapporto nella sostanza paternalistico-verticale – in cui *dominus* indiscusso del rischio patologico terapeutico era il medico, sia in ordine alle

scelte diagnostico-terapeutiche che alla loro esecuzione – ad un rapporto consensualistico-orizzontale – dove occorre distinguere tra l'esecuzione delle scelte, rispetto alle quali *dominus* continua ad essere il medico, e l'assunzione della scelta che invece risulta il frutto di una co-decisione. Ai giorni nostri, infatti, la strutturale asimmetria tradizionalmente esistente nell'ambito del rapporto tra medico e paziente si sta annullando/attenuando, allontanando il medico dalla consueta posizione di forza – per conoscenze tecniche e condizione psicologica – rispetto al paziente. I dati di un sondaggio del Censis, per esempio, rivelano che gli Italiani sono sempre più preparati sulla salute, anche perché uno su tre cerca informazioni in rete, e in questo modo mettono in atto comportamenti di controllo, sfidando l'autorità del medico, che non è più considerato infallibile. Tutto questo segna, dunque, il sostanziarsi di uno scontro tra l'autonomia del paziente nella libertà di scegliere, da una parte, e la responsabilità del medico nel farsi carico della salute del malato, dall'altra. A fronte di ciò, mentre in presenza del primo tipo di rapporto tendevano a ridursi gli spazi per una responsabilità medica, in quanto la stessa prospettiva paternalistica induce all'insindacabilità dell'atto medico, al contrario l'instaurarsi di un rapporto paritetico e il consolidarsi di un coinvolgimento del paziente hanno portato a considerare l'atto medico suscettibile di una valutazione in ordine alla causa e alla responsabilità dell'eventuale errore, nonché a una valutazione del profilo "umano-relazionale" del medico. Non solo, ma a ben vedere, proprio la circostanza che nell'attuale rapporto paritetico la decisione è condivisa, mentre la sua esecuzione (e quindi il rischio diagnostico/terapeutico) resta interamente (inevitabilmente) nelle mani del medico, determina una tendenza a una maggiore responsabilizzazione dello stesso; di conseguenza il medico, se l'esito è fausto, finisce per essere identificato come una sorta di salvatore, mentre, se si verifica un evento infausto, il medico viene considerato come l'unico artefice dell'evento dannoso proprio perché *dominus* del rischio terapeutico.

Si deve mettere in evidenza, inoltre, la spersonalizzazione del rapporto tra medico e paziente. Se da un lato infatti questi due soggetti si collocano sempre di più sullo stesso piano in ordine alla decisione, dall'altro lato, però, anche a causa del progresso tecnologico e della frammentazione relazionale derivante dalle specializzazioni, il rapporto umano tra medico e paziente ha finito per degradarsi. Ecco allora che molto spesso causa del contenzioso non è tanto l'esito infausto in sé, quanto piuttosto il precedente contesto relazionale caratterizzato da eventuale "indisponibilità umana" del medico. Non solo, ma l'incremento del numero dei pazienti, accompagnato dal crescente tecnicismo strumentale, nonché dalla privatizzazione del servizio, ha indotto il medico a perdere consapevolezza critica della relazione intrattenuta con il paziente, riducendolo a volte a mero oggetto del proprio operare oppure addirittura a mera fonte di guadagno. Ciò non può che determinare un incremento della conflittualità e quindi della responsabilità e quindi anche della medicina difensiva.

2.2.1.2 L'evoluzione del progresso scientifico: nuovi spaccati di rischio e pretesa onnipotenza della medicina

Una seconda causa della medicina difensiva può essere considerata il progresso scientifico, sotto due diversi profili.

Da tempo ci si chiede la ragione per cui in presenza di un progresso tecnologico così consistente e diffuso finiscano per incrementare le ipotesi di responsabilità del medico. Secondo alcuni, si tratterebbe di un vero e proprio paradosso, in quanto il progresso scientifico dovrebbe portare a una riduzione degli errori e delle responsabilità. Tuttavia, si deve ritenere che le cose stiano esattamente all'inverso e che quindi un fattore come il progresso finisca per aumentare l'istanza di responsabilizzazione, e ciò non solo perché accrescono le ipotesi di intervento medico, ma anche perché il progresso scientifico, se da un lato consente di perfezionare le scoperte precedenti e ridurre i margini di rischio, dall'altro lato, però, apre nuovi spaccati di rischio, rispetto ai quali il progresso tecnologico e scientifico ha ancora da formarsi e consolidarsi.

Sotto un altro profilo, poi, il progresso scientifico ha creato un atteggiamento culturale che tende ad attribuire alla medicina una sorta di onnipotenza ai fini della guarigione, con conseguente iperresponsabilizzazione, da parte del paziente, del medico custode di tale progresso, ma anche con conseguente sovrautilizzo della tecnologia, da parte del medico, al fine di tranquillizzare il paziente e se stesso. Alla luce di tale progresso, infatti, il paziente confida nel medico a tal punto da non pretendere solamente la cura, ma soprattutto la guarigione – incrinando, forse, semanticamente il significato stesso dell'essere "paziente", che diventa "esigente".

2.2.1.3 Il difficile rapporto comunicativo tra sistema giuridico e sistema medico

In ordine alle cause "strutturali", la medicina difensiva sembra derivare anzitutto dal difficile rapporto comunicativo che intercorre tra il sistema giuridico, soprattutto penalistico, e quello medico professionale.

L'impressione che si ha è che il medico si difenda non solo e non tanto dall'intervento giudiziario per un possibile contenzioso, quanto piuttosto e soprattutto dalla sua imprevedibilità. In buona sostanza, il medico avverte il sistema giuridico, che indica il comportamento dovuto, come arbitrario, vòlto cioè a renderlo responsabile di comportamenti che in realtà non possono essere esigibili in termini di conoscibilità o evitabilità. Ecco allora che, trovandosi stretto in una sorta di tenaglia – per cui da un lato non sa bene cosa dovrebbe fare per non essere considerato responsabile, mentre dall'altro lato non può sottrarsi alla prestazione del proprio servizio – il medico si determina per una sorta di iperattività volta a prevenire anche quei rischi che nella sua ottica non sono prevedibili.

Andando ancora più a fondo si può dire che la ragione di questa sorta di incomunicabilità ha una duplice origine. Anzitutto, si deve osservare come a volte la giurisprudenza tenda ad imporre comportamenti che avrebbero consentito di neutralizzare interamente il rischio o comunque di controllarlo in termini pressoché assoluti, benchè del tutto difformi rispetto alla prassi consolidata.

Un esempio è offerto dalle ipotesi di cosiddetta macrosomia del feto, rispetto alle quali la giurisprudenza tende a rimproverare la mancata realizzazione di un parto cesareo elettivo, e quindi censura la scelta di aver fatto compiere un parto naturale. Ebbene, si tratta di un orientamento che suscita non poche perplessità, non potendosi dimenticare

che le regole cautelari elaborate dalla prassi costituiscono spesso un punto di equilibrio tra esigenze di tutela e valutazioni complessive di vario genere (organizzative, economiche, ma anche più profonde: si pensi al valore "culturale" della naturalità del parto). Con la conseguenza che una sostituzione delle regole forgiate dalla prassi con altre regole elaborate *ex post* dal giudice, che neutralizzano, certo, il rischio, ma che non tengono conto della complessità del contesto, rappresenta una sorta di indebita ed eccessiva ingerenza del potere giudiziario sulla attività medica che impedisce la formazione di presupposti per un dialogo tra il giudice e il medico.

Inoltre, anche là dove la giurisprudenza si muove in una prospettiva di "dialogo" con l'esperienza medica, risulta molto difficile individuare il comportamento dovuto e quindi standardizzare la pretesa. Per prima cosa si deve considerare che l'attività medica, a differenza di quella d'impresa, risulta di per sé difficilmente standardizzabile, perché la situazione di rischio che deve fronteggiare è suscettibile di continue trasformazioni. Poiché non esistono malattie, ma malati, il medico si trova costantemente a dover modellare la propria attività sulle specificità del caso concreto. A ciò si aggiunga che il rischio dell'attività medica (rischio diagnostico-terapeutico) si instaura sulla patologia, di per sé caratterizzata a sua volta da una componente di rischio, con la conseguenza che a volte risulta molto difficile capire se l'evento infausto sia la concretizzazione del rischio patologico, di cui il medico non può essere responsabile, oppure di quello diagnostico-terapeutico. Infine, soprattutto l'attività terapeutica è peculiare, perché rispetto ad una stessa patologia tendono ad esserci pluralità di tecniche ritenute tutte plausibili anche a parità di situazione di rischio, risultando così difficile individuare in termini univoci il comportamento dovuto anche là dove si decida si basarsi sulla prassi.

Quanto appena detto risulta particolarmente evidente dalla problematica rilevanza delle cosiddette linee guida o dei protocolli. Se è vero che a volte la giurisprudenza tende a non attribuire loro rilevanza, è anche vero che spesso ciò accade in ragione del fatto che il medico si è attenuto alle linee guida, senza tuttavia accorgersi che proprio la situazione di rischio da fronteggiare era mutata per la presenza di fattori peculiari legati spesso alle specificità del paziente, con la conseguenza che lo stesso comportamento dovuto era cambiato. Detto in altre parole, anche là dove si riconoscesse valore normativo alle linee guida, si deve ammettere che in presenza di condotte conformi vi sarebbero comunque ampi margini perché residui una colpa generica derivante dalla violazione di regole cautelari non scritte diverse dalle linee guida.

2.2.1.4 Problemi organizzativi nelle strutture complesse, teatro dell'agire del medico

Oltre alla incomunicabilità, un'altra causa "strutturale" della medicina difensiva è la notevole articolazione organizzativa delle strutture complesse, alla quale non ha corrisposto una ridefinizione dei ruoli e delle responsabilità.

La conseguenza di tutto ciò è che tutto il peso di un evento infausto viene spesso scaricato sul singolo medico, sull'ultimo anello della catena, anche se poi tale evento è il frutto di scelte organizzative del tutto estranee all'attività del medico. Con l'ulteriore conseguenza che il medico, trovandosi solo a dover fronteggiare problemi – per così

dire – più grandi di lui, si orienta verso comportamenti di medicina difensiva, che altro non sono che tentativi di condividere il peso della responsabilità con altri soggetti. In particolare, alcune responsabilità derivano dal basso, soprattutto nei contesti organizzativi contestuali e consequenziali, come può essere l'attività in equipe; altre, invece, derivano dall'alto, per esempio quando sono presenti carenze di struttura e carenze organizzative.

2.2.2 *Le cause "individuali"*

Il "fattore" contenzioso rappresenta, direttamente e/o indirettamente, la spinta propulsiva maggiore al ricorso a metodiche di medicina difensiva, le quali inducono il medico a fare quel quid in più o in meno per cercare di tutelarsi da un punto di vista medico-legale. Dagli studi effettuati emerge, infatti che la maggiore motivazione che spinge il medico ad atti di medicina difensiva è il timore di un contenzioso medico-legale: 80,4% (Forti, Centro Stella); 69% (Catino-Locatelli).

A ciò si deve aggiungere:

- timore di una richiesta di risarcimento: 59,8 % (Centro Stella); 50,4 % (Catino-Locatelli);
- influenza di precedenti esperienze di contenziosi a carico dei propri colleghi: 48,4 % (Ordine Medici Roma); 65,7 % (Centro Stella); 50 % (Catino-Locatelli);
- influenza da precedenti esperienze personali di contenzioso: 51,8 % (Centro Stella); 34,3% (Catino-Locatelli);
- timore per l'impatto sulla reputazione: 16,45 % (Ordine Medici Roma); 43,5 % (Centro Stella); 26,4 % (Catino-Locatelli).

Tra le motivazioni inoltre non vanno trascurate quelle legate ad aspetti organizzativi (Catino-Locatelli):

- il 71% attribuisce la causa all'eccessivo afflusso di pazienti;
- il 75,4 % a causa della mancanza di posti letto;
- il 50,2 % alla stanchezza e alla paura di sbagliare;
- il 32,1 % alla carenza dei percorsi formativi.

Infine, assume rilevanza il "terrorismo" mediatico, vòlto ad amplificare a dismisura il verificarsi di eventi infausti connessi all'esercizio di attività medico-chiururgica, senza tuttavia seguire la notizia e il corso del procedimento e senza riportare l'esito dei fatti, che nella maggior parte dei casi consiste in un'assoluzione dei medici coinvolti.

CAPITOLO 3
OLTRE LA MEDICINA DIFENSIVA: EVOLUZIONE E POSSIBILI DERIVE DEL FENOMENO

Molti comportamenti tipici della medicina difensiva si sono ormai imposti in modo talmente generalizzato e istituzionalizzato nella pratica comune da non essere nemmeno più percepiti come tali, né dai cittadini né dai medici stessi. Eppure, la questione dei possibili abusi difensivi da parte degli operatori sanitari merita particolare attenzione poiché – qualora trascurata e declinata nelle sue conseguenze più estreme – potrebbe avere ripercussioni a vario livello sull'esercizio della professione medica e sugli standard di qualità e sostenibilità economica dell'assistenza sanitaria offerta al paziente.

3.1 Ripercussioni sull'esercizio della professione medica

Una delle maggiori preoccupazioni associate alla pratica dilagante della medicina difensiva consiste nella possibilità che tale atteggiamento modifichi completamente la professione medica, sgretolando i due cardini su cui tale professione si fonda – autonomia e responsabilità.

Da un lato, infatti, si teme che il progressivo consolidarsi di pratiche di medicina difensiva possa generare un ambiente socio-culturale in cui i medici vengano sempre più intimiditi e suggestionati dai precetti contenuti nelle massime giurisprudenziali e nelle regole amministrative/organizzative e, quindi, tendano a ritenerli dogmi cui è doveroso ubbidire. Il pericolo maggiore, associato a questa tendenza è che il medico possa sviluppare una progressiva perdita di coscienza della peculiarità delle proprie competenze e degli obblighi intrinseci alla propria professione. Da notare, oltretutto, che la pratica medica difensiva è in realtà segnata da confini di non sempre chiara individuazione e che talora si eccede con le tinte forti e gli inutili allarmismi, finendo con il bollare sbrigativamente quello che è soltanto un uso perfettamente legittimo e fisiologico della discrezionalità professionale. Indirizzare il paziente ad altre competenze o strutture specialistiche, approfondire le indagini diagnostiche, disporre un ricovero prudenziale o protrarlo, abbondare nelle prescrizioni, non sempre e non necessariamente integrano altrettante condotte di carattere difensivo; spesso, al contrario, rispondono soltanto a scelte a "schema libero", perfettamente aderenti a ineccepibili criteri di scrupolo professionale e competenza scientifica. La medicina, infatti, benché tecnologizzata, dovrebbe sempre conservare una forte componente di 'arte' – indicando con ciò la personalizzazione che ogni medico conferisce al suo agire in ciascun caso singolo, sulla base della propria esperienza e della propria sensibilità professionale.

Dall'altro lato, poi, si teme addirittura che l'atteggiamento difensivo puro, unicamente motivato dal timore di future accuse di *medical malpractice*, possa deviare verso un atteggiamento che, invece, maschera l'insicurezza/l'incapacità di ragionamento e di giudizio del medico. In altre parole, dunque, il timore è che nel tempo si possa instaurare una tendenza deresponsabilizzante del medico, il quale demanderebbe in continuazione a terzi o a macchinari il compito di fornirgli conclusioni preconfezionate

alle quali allinearsi, senza alcuno sforzo professionale e senza alcuna responsabilità.

Esempi emblematici di come questi timori possano oggi sostanziarsi nella pratica clinica e nell'esecuzione della professione medica, in un senso e nell'altro, sono rappresentati dalla problematica rilevanza, affermatasi sempre di più negli ultimi tempi, dell'aderenza critica alle linee guida e dell'utilizzo corretto del consenso informato da parte degli operatori medici.

Le linee guida nascono in campo clinico con lo scopo di garantire la qualità dell'assistenza sanitaria e l'appropriatezza delle cure, di ottimizzare l'esito dei trattamenti diagnostici e/o terapeutici, di scoraggiare l'uso di interventi inefficaci o pericolosi, di individuare aree della pratica clinica ove vi è insufficiente evidenza e di favorire il bilanciamento tra costi e risultati. Una delle maggiori preoccupazioni associate all'affermarsi della medicina difensiva è che si instauri una tendenza da parte del medico di aderire passivamente e acriticamente alle linee guida, pur di evitare di incorrere in atteggiamenti di *malpractice* e in denunce per inadempienza. Nell'adesione pedissequa alle linee guida, però, si rischierebbe ovviamente di ridurre l'autonomia decisionale del medico e di imporre una restrizione al suo pensiero logico-deduttivo, "trasformando la scienza medica praticata al letto del malato in una *cook-book medicine*"[1].

Lo scopo del consenso informato, in forza del principio di autodeterminazione espresso nell'articolo 13 della Costituzione Italiana ("La libertà personale è inviolabile"), è quello di informare adeguatamente il paziente sulle proprie condizioni di salute, sui trattamenti diagnostico-terapeutici che si rendono necessari, sui rischi, sui risultati ottenibili e sulle possibili conseguenze negative ad essi connesse, nonché di esprimere il proprio consenso a tale riguardo. Il rischio che si intravede, però, connesso con una sempre maggiore diffusione delle pratiche mediche difensive, è che si arrivi ad anteporre, agli inalienabili e fondamentali diritti del malato, la pur legittima ricerca di una garanzia per il medico. Sono criticabili, ad esempio, l'esasperato tecnicismo e la prolissità di certi moduli di consenso informato, nei quali sono indicate tutte le possibili conseguenze negative di un determinato intervento sanitario, al solo fine di consentire al medico di documentare che il rischio, poi eventualmente verificatosi, era stato espressamente previsto e, dunque, assunto consapevolmente dal paziente mediante la sottoscrizione del modulo. In questo modo, però, si rischierebbe ovviamente di alterare, burocratizzandolo, il dialogo necessario nel rapporto medico-paziente e di ridurre, minimizzandola, la componente di responsabilità insita nell'esercizio della professione medica.

3.2 Cambiamento degli standard qualitativi dell'offerta sanitaria al paziente

Un altro aspetto che suscita grande preoccupazione è che il fenomeno della medicina difensiva possa arrivare a ledere i diritti del cittadino all'assistenza e all'accesso alle cure migliori che la prassi medica offre per contrastare la patologia di cui è affetto, in

[1] M. McQueen, "Challenges for Evidence Based Laboratory Medicine", Clin. Chem. 2001, 47:1536-1546, cit. in "Cosa sono le linee guida"

opposizione all'articolo 32 della Costituzione Italiana ("la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività").

Il consolidarsi della prassi imposta dalla medicina difensiva positiva (ad esempio per l'uso di un maggior numero di strumenti diagnostici, quali esami, radiografie, ecografie, tac, ma anche per il ricorso ad un maggior numero di consulenti, ecc) comporta il rischio di creare forti disservizi nell'offerta sanitaria al paziente, se non altro per l'allungamento delle liste d'attesa e per la maggior difficoltà di poter accedere ai servizi. Inoltre, in presenza di medicina difensiva positiva, è possibile che si vengano a determinare i cosiddetti "effetti iatrogeni", dal momento che non è possibile escludere che attività diagnostiche e terapeutiche abbiano in sé il rischio di eventi offensivi e che procedure non necessarie possano rappresentare inutili rischi per i pazienti. Anche il comportamento omissivo che caratterizza la pratica della medicina difensiva negativa può ridurre la qualità dell'assistenza medica offerta al paziente, non tanto e non solo per l'omissione di soccorso, ma anche e soprattutto per il ritardo imposto al paziente nella diagnosi e nella terapia. Ad esempio, l'allungamento dei tempi per avere una diagnosi può provocare stress emotivi, prolungamento della sofferenza fisica e peggioramento della malattia.

Inoltre, si teme che il consolidarsi delle pratiche di medicina difensiva possa contribuire a inficiare sempre più gravemente i delicati equilibri caratterizzanti il rapporto medico-paziente. Il rischio ravvisato nell'attuale sistema è che possa diminuire il tempo dedicato al rapporto con il paziente, che possa esserci sempre meno compartecipazione e inclinazione medica all'approccio umano, che possano farsi strada povertà di informazioni e mancanza di dialogo con il paziente. Tutto questo, poi, potrebbe conseguentemente corroborare la sensazione di fretta ed estraneità, nonché i sospetti e la sfiducia dei cittadini nei confronti del sistema sanitario.

Un'altra preoccupazione associata al dilagare della medicina difensiva è che questa possa arrivare ad ostacolare addirittura lo sviluppo del progresso scientifico e tecnologico di certe aree della medicina, maggiormente esposte al fenomeno e dunque al rischio di un comprensibile declino di interesse delle nuove leve di professionisti sanitari. Si parla infatti comunemente di reparti a maggiore rischio (medicina d'urgenza, chirurgia, anestesia e rianimazione, ortopedia, ginecologia e ostetricia, ecc), caratterizzati da un'incidenza ancora più marcata del contenzioso, con ricadute risarcitorie a volte di grandissima entità. Inoltre, una simile procedura potrebbe addirittura non appartenere al singolo medico, ma estendersi anche alla struttura a vario livello: da scelte mirate di iperspecializzazioni "sicure" di alcuni reparti ospedalieri alle strategie aziendali di mancata implementazione di settori di cura notoriamente a rischio contenzioso (ostetricia, neurochirurgia…). Naturalmente, il timore è che il focalizzare l'attenzione su aspetti diversi da quelli della tutela della salute del paziente potrebbe rischiare di condurre ad aspetti ancora più deviati del sistema sanità.

3.3 Impatto sulla sostenibilità economica dell'offerta sanitaria al paziente: quanto "vale" la medicina difensiva?

Come già anticipato, la medicina difensiva rappresenta un fenomeno che desta preoccupazione in primo luogo per la salute del paziente, soprattutto nei casi in cui si evitano interventi e procedure a rischio, crea problemi di smaltimento della domanda in quanto ne accresce il volume saturando le capacità di offerta dei servizi, e in particolare ha un costo che incide sul piano della spesa sanitaria pubblica e privata assorbendo risorse che potrebbero essere allocate ad altre aree di intervento.

La nascita e l'avanzamento di questo fenomeno avviene principalmente in società particolarmente evolute e contraddistinte da benessere socio-economico. Infatti, tende a svilupparsi all'interno di realtà caratterizzate da economie in crescita, da un notevole progresso non solo scientifico e tecnologico, ma anche industriale e organizzativo, proprio perchè la struttura economica dev'essere in grado di sostenerne i costi in buona parte privi di giustificazione. Proprio a causa del dispendio che comporta, questo fenomeno viene visto sempre più con sfavore, proprio quando il sistema economico entra in crisi e si pone la necessità di razionalizzare le risorse.

Da un'indagine presentata dall'ordine dei medici di Roma, si stima che la spesa sanitaria conseguente al fenomeno della medicina difensiva in Italia ammonterebbe a circa 13 miliardi l'anno; questa cifra che corrisponderebbe all'11,8% della spesa sanitaria totale (pubblica e privata) è la conseguenza di un aumento nella prescrizione di farmaci, visite, esami e ricoveri.

Inoltre i costi della medicina difensiva si possono distinguere in diretti e indiretti. I primi sono quelli derivanti dalla somma dei costi dei singoli interventi classificabili come difensivi, mentre quelli indiretti sono riconducibili ai pagamenti e alle spese che riguardano la tutela assicurativa dei professionisti e delle strutture e i cosiddetti costi-opportunità, ossia quelli relativi alle ore lavoro impiegate per gestire il problema (ricerca dell'assicurazione, pratiche burocratiche ecc.).

Risulta perciò molto complesso effettuare una stima del costo totale della medicina difensiva. Questo perché ai fini della stima dei costi entrano in gioco fattori economicamente non quantificabili quali la prevenzione di una malattia, il salvataggio di una vita o al contrario conseguenze dannose o peggio la morte del paziente.

Un ulteriore problema che si incontra nella stima dei costi è rappresentato dalla scarsità o assenza totale di studi sul fenomeno a livello nazionale e dal fatto che il sistema informativo sanitario non produce sempre informazioni relative alla quantità degli interventi o procedure di medicina difensiva e il costo unitario dei medesimi.

3.3.1 Indagine del 2008: "La medicina difensiva in Italia in un quadro comparato: problemi, evidenze e conseguenze"

Nel 2008 l'ordine provinciale di Roma dei medici-chirurghi e degli odontoiatri ha effettuato una stima dei costi della medicina difensiva che incidono direttamente sulla

sanità pubblica attraverso un'indagine intitolata: "La medicina difensiva in Italia in un quadro comparato: problemi, evidenze e conseguenze". La ricerca è stata realizzata da un gruppo di lavoro formato da M.Falconi (presidente dell'ordine), D. Cosi (direttore dell'ordine), A. Piperno (professore ordinario dell'università di Napoli, Federico II) e M. Centra, (dirigente di ricerca, Isfol).

3.3.1.1 Le metodologie di studio

I metodi maggiormente utilizzati in letteratura per studiare il fenomeno della medicina difensiva sono essenzialmente quattro:

- Il primo metodo è quello dei sondaggi a campione di medici. E' il metodo più diffuso e semplice e consiste nel chiedere al medico se e in che misura ha praticato medicina difensiva per il timore di essere citato in giudizio.
- Un secondo metodo è quello dei sondaggi basati sugli "scenari clinici". Al medico si presenta la descrizione di un paziente specifico con indagini e test su di lui effettuati. Ad esempio, il caso in cui si presenta una paziente con diagnosi ecografica di cisti mammaria benigna, e il medico prescrive allo stesso modo un esame citologico di ago aspirato. Il medico intervistato dovrà dire se si tratta di medicina difensiva oppure no.
- Un terzo metodo è quello dell'analisi statistica multivariata a livello nazionale, territoriale, o per struttura relativamente a dati concernenti il consumo di specifiche procedure come conseguenza del rischio di controversie giudiziali. Attraverso l'analisi multivariata si evidenzia quali dei fattori (es. farmaci, ricoveri, prestazioni ecc.) sono correlati o impattano sul consumo differenziale dei servizi (es. per territorio, specialità o struttura ecc.) e quale è la relazione tra questo e il livello di *malpractice litigation*.
- Infine un quarto metodo riguarda per lo più lo studio di situazioni in cui è stata introdotta una nuova tecnologia, sia essa un'attrezzatura o una procedura clinica. L'ipotesi è che l'innovazione interagisca come fattore facilitante rispetto alla pratica della medicina difensiva.

La metodologia utilizzata per la ricerca svolta dall'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Roma è stata la prima, ossia l'utilizzo di questionari di rilevazione inviati ai soggetti interessati mediante posta elettronica; inoltre, i risultati sono riferibili esclusivamente ai medici che operano a Roma e provincia. Dall'indagine sono stati esclusi gli odontoiatri in quanto il fenomeno della medicina difensiva non è una problematica per questa categoria, almeno da quanto risulta in letteratura. A oltre 18.000 medici di cui l'Ordine conosceva l'indirizzo di posta elettronica è stato spedito online il questionario motivando la necessità e l'importanza di condurre l'indagine. Il campione dei rispondenti è risultato circa il 7% del totale; tuttavia, errori informatici e di compilazione dei questionari hanno ridotto significativamente il numero degli interessati e pertanto il campione finale è risultato pari a 800 medici.

Gli obiettivi della ricerca sono stati fondamentalmente due:

- Il primo obiettivo è stato quello di dare una rappresentazione dell'ampiezza del fenomeno e metterlo in relazione alle principali caratteristiche dei medici, sia quelle personali che quelle professionali.
- Secondariamente si è provato a simulare quali potrebbero essere le conseguenze economiche della medicina difensiva.

Dal punto di vista economico, questa ricerca ha tenuto conto unicamente dei **costi diretti** della medicina difensiva, e ad ogni modo si tratta di una stima preliminare sia per la complessità dell'operazione che per la non omogeneità temporale dei dati. Quelli sulla medicina difensiva sono del 2008, mentre i dati di consumo e di costo risalgono alcuni al 2003, altri al 2005 e al successivo biennio. Questi gap temporali non sono importanti, semmai significano che in alcuni casi il costo è sottostimato o quantomeno trattasi di stima conservativa. Non va, infine sottovalutato che si tratta delle uniche e sole stime esistenti sul fenomeno in Italia e, presumibilmente in Europa.

3.3.1.2 Le fasi di sviluppo della ricerca

Il *punto di partenza* delle stime è rappresentato dalla frequenza secondo cui i medici affermano di aver ordinato i singoli beni e servizi per ragioni di medicina difensiva. La domanda del questionario misurava la frequenza chiedendo al medico di darne un indicazione in una duplice forma : (a) una forma scalare così articolata : mai, quasi mai, talvolta e spesso ; (b) una forma quantitativa assegnando alle precedenti modalità i seguenti valori : mai = 0 ; quasi mai = 1-2 casi su 10; talvolta = 3-4 casi su 10; spesso = oltre 4 casi su 10. Attraverso questa modalità di confezionare la risposta è stato possibile, in sostanza, assumere che, sul totale delle prescrizioni ordinate dal medico, lo 0 o il 10-20% o il 30-40% o oltre il 40%, potessero essere considerate per dichiarazione del medico come medicina difensiva. L'elaborazione delle risposte di tutti i medici hanno anche permesso di individuare quali fossero le percentuali di medici che dichiaravano di ordinare con la suddetta frequenza beni e prestazioni difensive.

Il 41,3% dei medici, ad esempio, ha dichiarato di fare ricette farmaceutiche per finalità difensive nel 10% (ipotesi minima), 15% (ipotesi media) e 20% (ipotesi massima) dei casi avendo per l'appunto dato questa risposta alla domanda del questionario. Il 39,4% dei medici, ad esempio, ha dichiarato di ordinare accertamenti per finalità difensive nel 10,15 e 20% dei casi. La stessa spiegazione vale per tutti gli altri beni e servizi.

Il *secondo passaggio* per arrivare alla stima dei costi è stato quello di determinare la quantità o numero totale di beni e servizi ordinati/prodotti/consumati nel territorio oggetto di studio e il relativo costo (vedi nota della tabella per le fonti) nel modo seguente: (a) per le ricette si è fatto riferimento al numero totale prescritto e per il costo alla rispettiva spesa ; (b) per visite ed accertamenti, la quantità è stata presa dal Sistema informativo sanitario che riporta i dati per Regione. Il costo medio unitario di una visita e di un accertamento è stato attribuito in via provvisoria in 50 e 70 euro rispettivamente; (c) per i ricoveri la quantità deriva dalla fonte dell'Agenzia di sanità pubblica che determina in 5.717 euro il costo medio per ricovero nel Lazio nel 2003. A partire dalla

quantità e dal costo totale di ciascun bene e servizio, mediante allocazione ponderata sulla base della percentuale dei medici distribuiti per classe di frequenza delle loro prescrizioni, è stata determinata la quantità e il costo totale attribuibile a ciascuna classe.

Il *terzo passaggio* riguarda la stima dei costi che è stata elaborata in tre ipotesi: minima, media e massima. La stima minima è stata fatta prendendo come base della frequenza secondo cui il medico prescrive e ordina quella più bassa, ad esempio, il 10% della classe " 1 o 2 casi su 10"; l'ipotesi massima fa riferimento al limite massimo di ogni classe (per quella che va oltre "4 casi su 10" si è assunto come limite massimo il 60%); l'ipotesi media è la media delle classi (ad esempio, 15% nel caso della classe 10-20%). Tutte e tre le stime, però, sono conservative in quanto i dati di quantità e costo dei beni e servizi riguardano anni antecedenti a quelli sulla medicina difensiva misurata, invece, con la presente ricerca nella primavera del 2008.

Di seguito vengono riportate alcune delle domande rivolte ai medici sottoposti al questionario e in Tab.1 un esempio a scopo descrittivo:

- Ritieni, oggi, rispetto al passato, di essere più soggetto a esposti o denunce da parte dei pazienti?
- In che misura ritieni che fare affidamento solo sulla valutazione clinica dei pazienti piuttosto che sulle tecnologie disponibili per arrivare alla diagnosi sia oggi diventato per il medico più rischioso dal punto di vista medico-legale?
- Con quale frequenza negli ultimi anni ti è capitato di (…fare più ricette farmaceutiche, prescrivere più visite specialistiche, accertamenti diagnostici e ricoveri)….di quelle che avresti prescritto sulla sola base della tua valutazione di ciò che ritenevi sufficiente a causa del rischio di ricevere un esposto o una denuncia?
- Con quale frequenza ti è capitato nel corso della tua pratica clinica di evitare di effettuare interventi o procedure diagnostico/terapeutiche che ti esponevano a un maggior rischio di denunce o esposti?
- Ritieni sufficiente il ricorso a specifici protocolli diagnostico-terapeutici al fine di limitare i problemi derivanti dal rischio di ricevere un esposto o denuncia da parte dei pazienti?

Tab. 1 Ritieni, oggi, rispetto al passato, di essere più soggetto a esposti o denunce da parte dei pazienti?

Caratteristiche del medico		Sì	No	Totale
Classe di età	Fino a 34 anni	90,4	9,6	100,0
	Da 35 a 44 anni	87,2	12,8	100,0
	Da 45 a 54 anni	86,8	13,2	100,0
	55 anni e oltre	87,6	12,4	100,0
	Totale	87,6	12,4	100,0
Posizione professionale	Medicina generale	83,3	16,7	100,0
	Specialista ambulatoriale	82,7	17,3	100,0
	Dipendente ospedale pubblico	93,8	6,2	100,0
	Dipendente ospedale privato/accreditato	85,6	14,4	100,0
	Dipendente servizio extraospedaliero	88,6	11,4	100,0
	Totale	88,2	11,8	100,0
Specialità	Medicina generale/assistenza primaria	87,3	12,7	100,0
	Anestesiologia e rianimazione	96,8	3,2	100,0
	Cardiologia	76,8	23,2	100,0
	Chirurgia	98,9	1,1	100,0
	Medicina interna	89,4	10,6	100,0
	Nefrologia/urologia	85,1	14,9	100,0
	Psichiatria/neurologia	90,0	10,0	100,0
	Ortopedia	100,0		100,0
	Ostetricia e ginecologia	100,0		100,0
	Pediatria	81,5	18,5	100,0
	Pronto soccorso	100,0		100,0
	Altro	83,0	17,0	100,0
	Totale	87,8	12,2	100,0
Genere	Uomo	89,4	10,6	100,0
	Donna	84,7	15,3	100,0
	Totale	87,6	12,4	100,0

Fonte: Ordine medici Roma e Provincia

Risultati dell'indagine sulla medicina difensiva per la stima dei costi						Quantità e costo totali dei beni e servizi		Quantità e costo dei beni e servizi dovuti alla medicina difensiva		Quantità e costo dei beni e servizi dovuti alla medicina difensiva		Quantità e costo dei beni e servizi dovuti alla medicina difensiva	
Beni e servizi	Risposta scalare	Distribuzione medici	Risposta quantificata			Quantità	Costo	Ipotesi MINIMA		Ipotesi MEDIA		Ipotesi MASSIMA	
			Minima	Media	Massima			Quantità	Costo	Quantità	Costo	Quantità	Costo
farmaci (1)	mai	39,3%	0,0%	0,0%	0,0%	14.762.746	457.220.329	0	0	0	0	0	0
	quasi mai	41,3%	10,0%	15,0%	20,0%	15.514.031	480.488.539	1.551.403	48.048.854	2.327.105	72.073.281	3.102.806	96.097.708
	talvolta	13,6%	30,0%	35,0%	40,0%	5.108.737	158.223.829	1.532.621	47.467.149	1.788.058	55.378.340	2.043.495	63.289.531
	spesso	5,8%	40,0%	50,0%	60,0%	2.178.726	67.477.809	871.490	26.991.124	1.089.363	33.738.905	1.307.236	40.486.686
	TOTALE	100,0%	-	-	-	37.564.240	1.163.410.505	3.955.514	122.507.126	5.204.525	161.190.525	6.453.536	199.873.925
	Incidenza medicina difensiva su totale							10,5		13,9		17,2	
visite (2)	mai	14,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1.755.464	87.773.218	0	0	0	0	0	0
	quasi mai	39,0%	10,0%	15,0%	20,0%	4.787.630	239.381.504	478.763	23.938.150	718.145	35.907.226	957.526	47.876.301
	talvolta	35,7%	30,0%	35,0%	40,0%	4.382.523	219.126.146	1.314.757	65.737.844	1.533.883	76.694.151	1.753.009	87.650.458
	spesso	11,0%	40,0%	50,0%	60,0%	1.350.357	67.517.860	540.143	27.007.144	675.179	33.758.930	810.214	40.510.716
	TOTALE	100,0%	-	-	-	12.275.975	613.798.728	2.333.663	116.683.138	2.927.206	146.360.307	3.520.750	176.037.475
	Incidenza medicina difensiva su totale							19,0		23,8		28,7	
Accertamenti (3)	mai	10,7%	0,0%	0,0%	0,0%	2.640.508	184.835.565	0	0	0	0	0	0
	quasi mai	39,4%	10,0%	15,0%	20,0%	9.722.992	680.609.464	972.299	68.060.946	1.458.449	102.091.420	1.944.598	136.121.893
	talvolta	35,6%	30,0%	35,0%	40,0%	8.785.242	614.966.927	2.635.573	184.490.078	3.074.835	215.238.424	3.514.097	245.986.771
	spesso	14,3%	40,0%	50,0%	60,0%	3.528.903	247.023.232	1.411.561	98.809.293	1.764.452	123.511.616	2.117.342	148.213.939
	TOTALE	100,0%	-	-	-	24.677.646	1.727.435.187	5.019.433	351.360.317	6.297.735	440.841.460	7.576.037	530.322.602
	Incidenza medicina difensiva su totale							20,3		25,5		30,7	
Ricoveri (5)	mai	41,9%	0,0%	0,0%	0,0%	419.674	2.399.277.236	0	0	0	0	0	0
	quasi mai	41,1%	10,0%	15,0%	20,0%	411.661	2.353.467.646	41.166	235.346.765	61.749	353.020.147	82.332	470.693.529
	talvolta	14,1%	30,0%	35,0%	40,0%	141.227	807.394.010	42.368	242.218.203	49.429	282.587.904	56.491	322.957.604
	spesso	2,9%	40,0%	50,0%	60,0%	29.047	166.059.761	11.619	66.423.904	14.523	83.029.880	17.428	99.635.857
	TOTALE	100,0%	-	-	-	1.001.609	5.726.198.653	95.153	543.988.872	125.702	718.637.931	156.251	893.286.990
	Incidenza medicina difensiva su totale							9,5		12,6		15,6	
TOTALE							**9.230.843.073**		**1.134.539.453**		**1.467.030.223**		**1.799.520.992**

1) Fonte: elaborazioni su dati Farmindustria, Indicatori farmaceutici 2007 su dati Istat, Federfarma, Ministero dell'Economia e Finanza.
Il costo e le quantità totali dei beni e servizi sono stati stimati dal dato complessivo disponibile per il Lazio, la cui quota parte attribuibile alla sola provincia di Roma è stata calcolata in misura proporzionale all'incidenza della popolazione. Il dato sul costo è relativo alla spesa lorda, pari a 1.163.410.505 euro, di cui 1.084.541.331 (pari al 93,2 %) è convenzionata.

2) Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute - Sistema informativo sanitario 2005.

3) Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute - Sistema informativo sanitario 2005.

5) Fonte: Elaborazioni su dati Agenzia di sanità pubblica, Rapporto RAD: i ricoveri ospedalieri nel Lazio 2005

3.3.1.3 Risultati della ricerca

I risultati principali esposti nel dettaglio nella tabella sono i seguenti:

- Ricette farmaceutiche: la medicina difensiva incide tra il 10,5% e il 17,2% della quantità/costo totale.
- In cifre assolute, il costo oscilla tra i 122,5 e i 199,8 milioni di euro.
- Visite specialistiche: la medicina difensiva incide tra il 19 e il 28,7% sul totale del settore; il suo costo oscilla tra i 116,6 e i 176,0 milioni di euro.
- Accertamenti: la medicina difensiva va dal minimo del 20,3% al massimo del 30,7% con un incidenza di costo che oscilla tra i 351,3 e i 530,3 milioni di euro.
- Ricoveri: la percentuale dei ricoveri difensivi va dal 9,5 al 15,6% di tutti i ricoveri. L'incidenza del costo oscilla tra i 543,9 e gli 893,2 milioni di euro.

Come si può ben capire dalle stime, la medicina difensiva non è gratuita. Ha un costo che ricade sui medici, sulle strutture, sul sistema sanitario e sulla collettività. Si è stimato che il costo totale della medicina difensiva a Roma e provincia oscilla tra 1 miliardo e 134,5 milioni e 1 miliardo e 799,5 milioni. Si nota inoltre, che le percentuali più elevate di medicina difensiva riguardano il settore degli accertamenti e delle visite specialistiche, seguite dai farmaci e dai ricoveri. Il risultato è conforme a quanto già riportato in letteratura.

Sotto il profilo quantitativo i risultati principali emersi dalla ricerca possono essere così riassunti:

- Solo il 39% dei medici non prescrive mai farmaci per ragioni di medicina difensiva;
- Solo il 14,3% dei medici non ordina visite specialistiche per ragioni di medicina difensiva;
- Solo il 10,7% dei medici non ordina accertamenti diagnostici per ragioni di medicina difensiva;
- Solo il 42% dei medici non prescrive un ricovero per ragioni di medicina difensiva;
- Ne consegue, quindi, che il 71% dei medici (nel caso dei farmaci), l'85,7% (nel caso delle visite), l'89,3% (nel caso degli accertamenti) e il 58% (nel caso dei ricoveri) effettua prescrizioni che hanno come motivazione principale la medicina difensiva.

La medicina difensiva per la sua incidenza e per il suo costo si pone come una questione di interesse collettivo che richiede di essere misurato e monitorato nel tempo con sistematicità. Le stime riguardano Roma e provincia; se tuttavia il comportamento dei medici fosse omogeneo su tutto il territorio nazionale, il costo di tale fenomeno assumerebbe dimensioni ben più importanti.

3.3.2 Indagine del 2010 "Chi si difende da chi? E perché?"

Nel 2010 è stata effettuata un'estensione a livello nazionale dell'analoga indagine già realizzata nel 2008 a livello provinciale dall'ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Roma. La ricerca intitolata "Chi si difende da chi? E perché?" ha previsto un campione rappresentativo di tutti i medici italiani, nel numero

di 2.783 unità, stratificato per classe d'età e area geografica, in età fino a 70 anni ed escludendo gli odontoiatri. La metodologia utilizzata ha previsto anche in questo caso l'utilizzo di questionari di rilevazione inviati ai soggetti interessati mediante posta elettronica.

3.3.2.1 I risultati dell'indagine nazionale

- FARMACI: circa il 53% dei medici dichiara di prescrivere farmaci per ragioni di medicina difensiva e, mediamente, tali prescrizioni sono il 13% circa di tutte le prescrizioni. Il fenomeno è leggermente più accentuato presso i medici molto giovani, quelli di assistenza primaria, in chirurgia, ostetricia-ginecologia, ortopedia e medicina di urgenza, residenti nelle regioni del sud e delle isole.
- VISITE SPECIALISTICHE: il 73% e oltre dei medici dichiara di prescrivere visite specialistiche per ragioni di medicina difensiva e, mediamente, tali prescrizioni costituiscono il 21% di tutte le prescrizioni. Il fenomeno è leggermente più accentuato presso i medici fino a 44 anni d'età, in assistenza primaria, medici ospedalieri, in medicina interna, in nefrologia-urologia, neurologia e neurochirurgia, ortopedia, ostetricia-ginecologia e medicina di urgenza, residenti nelle regioni del sud e delle isole.
- ESAMI DI LABORATORIO: circa il 71% dei medici dichiara di prescrivere esami di laboratorio per ragioni di medicina difensiva e, mediamente, tali prescrizioni costituiscono il 21% circa di tutte le prescrizioni. Il fenomeno è leggermente più accentuato presso i medici ospedalieri pubblici, in assistenza primaria, chirurgia, medicina interna, nefrologia-urologia, ortopedia, ostetricia-ginecologia e medicina d'urgenza, residenti nelle regioni del sud e delle isole.
- ESAMI STRUMENTALI: circa il 75,6% dei medici dichiara di prescrivere esami strumentali per ragioni di medicina difensiva e, mediamente, tali prescrizioni rappresentano il 22,6% circa di tutte le prescrizioni. Il fenomeno è leggermente più accentuato presso i medici ospedalieri, in assistenza primaria, chirurgia, medicina interna, nefrologia-urologia, ortopedia, ostetricia-ginecologia e medicina d'urgenza, residenti nelle regioni del sud e delle isole.
- RICOVERI: circa il 49,9% dei medici dichiara di prescrivere ricoveri per ragioni di medicina difensiva e, mediamente, tali prescrizioni costituiscono l'11% circa di tutte le prescrizioni. Il fenomeno è leggermente più accentuato presso i medici giovani, i medici di ospedale pubblico, in cardiologia, chirurgia, medicina interna, ostetricia-ginecologia e medicina d'urgenza, residenti nelle regioni del sud e delle isole.

Da quest'indagine risulta che oltre 13 miliardi di euro se ne vanno ogni anno per esami, farmaci, visite e ricoveri prescritti ed eseguiti, ma che forse non servivano.

Probabile incidenza economica della medicina difensiva sulla spesa sanitaria (stima campionaria percentuale)

Spesa per medicina difensiva generata da tutti i medici sulla spesa del solo SSN	
Farmaci	1,9%
Visite	1,7%
Esami di laboratorio	0,7%
Esami strumentali	0,8%
Ricoveri	4,6%
Totale	9,7%

Spesa per medicina difensiva generata da soli medici privati sulla spesa privata	
Farmaci	4%
Visite	2,1%
Esami di laboratorio	0,6%
Esami strumentali	0,4%
Ricoveri	0,1%
Totale	7,2%

Spesa per medicina difensiva generata da soli medici pubblici sulla spesa del solo SSN	
Farmaci	1,9%
Visite	1,8%
Esami di laboratorio	0,7%
Esami strumentali	0,8%
Ricoveri	4,8%
Totale	10,0%

Spesa per medicina difensiva generata da tutti i medici pubblici e privati sulla spesa totale	
Farmaci	3,7%
Visite	2,4%
Esami di laboratorio	0,8%
Esami strumentali	0,8%
Ricoveri	3,2%
Totale	10,9%

3.3.3 I costi indiretti della medicina difensiva: costi assicurativi

I costi indiretti della medicina difensiva sono quelli legati perlopiù alle spese assicurative che strutture ospedaliere e medici devono sobbarcarsi per proteggersi contro il rischio di ferire o uccidere pazienti. Le cause per malpractice medica nel 2008 hanno raggiunto ormai quota 30 mila l'anno con numeri in costante e preoccupante aumento. Medici e ospedali spendono oltre 500 milioni di euro all'anno per assicurarsi. Questi costi sono in larga parte coperti dalle casse dello Stato e pertanto le spese assicurative finiscono per gravare pesantemente sulle tasche di tutti i contribuenti.

Questo fenomeno è dilagato in Italia a partire dagli anni '90, periodo nel quale le cause intentate da pazienti e loro familiari vittime di malpractice, sono aumentate con un corrispondente incremento degli indennizzi. Questo ha portato all'instaurarsi di un circolo vizioso: molti pazienti, vedendo in questo fenomeno una possibilità di guadagno, presentano sempre più denunce; i giudici riconoscono indennizzi sempre più

cospicui; le compagnie assicurative, per far fronte a questo incremento, ricaricano i costi per premi che i singoli medici e le strutture ospedaliere devono pagare (in particolare negli ultimi 15 anni c'è stato un incremento di oltre il 200% dei premi); infine gli ospedali, sovrastati dai debiti, sono costretti a tagliare anche le spese necessarie per ridurre i rischi di malpractice. Tutto ciò genera un vorticoso e tuttora incontrollato aumento dei costi della sanità italiana e crea un clima di tensione e sospetto nel rapporto medico-paziente che ostacola i medici nell'esercizio della loro professione.

In Italia i costi assicurativi a cui si deve andare incontro nella gestione di un ospedale pubblico sono elevatissimi: 60 euro a ricovero, 2.233 euro a letto, 3.690 euro a medico e 1.630 euro a infermiere. Questi dati sono contenuti all'interno della seconda edizione del *Medmal Claims Italia*, uno studio portato a termine dalla società di brokeraggio Marsh su un campione costituito da 74 ospedali pubblici. All'interno di questo studio sono prese in esame le richieste di risarcimento (circa 20mila) ricevute dalle strutture oggetto d'indagine nell'arco temporale che va dal 2004 al 2009. Dallo studio emerge che ogni singola voce legata ai costi assicurativi è in forte aumento: ad esempio il costo di un ricovero è aumentato del 27,97% dal 2008 al 2009 passando da 46,66 a 59,71 euro; le aziende sanitarie devono pagare mediamente 3.690 euro l'anno per singolo medico con un incremento dell'11,30 % rispetto all'anno precedente.

La crescita delle spese assicurative pur essendo comune a tutto il territorio nazionale registra significative variazioni nelle diverse aree geografiche del paese. Il maggior numero di richieste di risarcimento danni è presentata al Nord 56,54% (11.107 richieste danni), seguito dagli ospedali del Centro col 36,46%(7.162) e dell Sud con il 7,01% (1377). Prendendo in considerazione il dato medio per singola struttura sanitaria si vede che al Nord ci sono il 34,73% delle richieste danni (358), al Centro il 38,57% (398) e al Sud 26,77% (275). Nel Centro Italia si registra invece il costo più alto per singolo medico attestandosi intorno ai 4.155 euro, contro i 3.727 del Nord e i 2.656 del Sud.

Le richieste di risarcimento ricevute dagli ospedali sono in media 65 l'anno e riguardano perlopiù danni subiti dai pazienti (82%) e visitatori (10%). Tra le principali tipologie di errori denunciati figurano gli errori chirurgici (25%), quelli diagnostici (16%), i terapeutici (13%), le cadute di pazienti e visitatori (11%), i danneggiamenti a cose (7%) gli smarrimenti e i furti(5%). Le specialità secondo lo studio Marsh maggiormente interessate sono: struttura e parti comuni (15%), pronto soccorso (14%), ortopedia (12%), chirurgia generale (11%), ostetricia e ginecologia (7%) e medicina generale (4%). Questi dati possono ancora essere soggetti a variazioni in quanto risultano ancora aperte poco più del 50% delle richieste di risarcimento prese in esame nel presente lavoro.

Analizzando come si distribuiscono le richieste danni in base alla tipologia di struttura sanitaria emerge che le strutture di primo livello, ossia quelle di base, subiscono il maggior numero di richieste danni con il 42,84% del totale (8.417), seguite dalle strutture di secondo livello (intesi come ospedali ad alta specializzazione o ad alta intensità di cura) che si attestano al 30,59% (6003) e gli ospedali universitari al 22,84% (4.487). Molto meno colpite sono le strutture monospecialistiche come quelle

ortopediche 2,49% (490), materno infantile 0,84% (165) e quelle oncologiche 0,40% (78).

Osservando, sempre in base alla tipologia di ospedali, il dato medio per singola struttura, i policlinici ed universitari sono al 25,82% (345 richieste danni), le strutture di secondo livello al 28,10% (376) e gli ospedali di base al 15,74% (210). Per le strutture monospecialistiche quelle ortopediche hanno la percentuale più alta 18,33 (245), i materno infantile 6,17% (83) e quelli oncologici 5,84% (78). In particolare il posto letto d'Ostetricia arriva a valere in un'ottica assicurativa più del doppio, per un totale di 5.310 euro rispetto al valore medio. Ancora all'Ostetricia spetta il primato del massimo importo liquidato: 2milioni 124mila euro, a fronte di un valore medio liquidato nell'ambito della stessa specialità di circa 102mila euro ad evento.

Inoltre è stato possibile quantificare i costi riguardanti quelle specialità cliniche per le quali si registra un maggior numero di richieste danni: chirurgia generale, ortopedia , ostetricia e ginecologia. Su scala nazionale si stima che un posto letto di chirurgia generale costi 2.865 euro e un ricovero 78 euro. L'ortopedia ha un costo di **3.690 euro** per posto letto e circa **89 euro** per ricovero. In ostetricia e ginecologia un posto letto ha un costo più elevato (oltre 5.310 euro) mentre un ricovero costa 86 euro.

I medici che lavorano negli ospedali sono parzialmente coperti dalle assicurazioni stipulate dall'ospedale in cui operano. I massimali di queste coperture assicurative sono bassi e pertanto si rende necessaria per il medico una polizza integrativa. A incidere sul costo della polizza stipulata privatamente dai singoli medici ci sono parecchie differenze, anche fra medici della stessa specialità. "Il premio può variare a seconda della compagnia e dell'età del professionista, ma soprattutto - spiega Maggiorotti – in base al 'curriculum' del camice bianco. Se ha già avuto richieste di risarcimento a suo carico il prezzo della polizza sale alle stelle. Anzi, rischia di essere addirittura disdettato per sinistrosità. E non serve una condanna di risarcimento. Basta una richiesta o un semplice avviso di garanzia da parte della procura". Secondo i dati pubblicati dall'Ania (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici), tra il 1994 e il 2007, il numero dei sinistri denunciati alle compagnie di assicurazione per le due coperture assicurative (responsabilità civile delle strutture sanitarie e responsabilità civile dei medici professionisti) si è più che triplicato, passando da circa 9.500 a quasi 30 mila. In particolare si è verificata una considerevole e costante crescita, nel periodo preso in esame ed in particolare nell'ultimo anno, delle denunce relative ai singoli medici: 13.451 (+12,2% nel 2007). Invece le denunce riguardanti le strutture sanitarie sono rimaste quasi invariate nel periodo 2004-2007.

Anche in questo campo possono essere fatte distinzioni in base alle diverse specialità mediche. "Ginecologi e chirurghi plastici possono arrivare a pagare fino a 10 mila euro l'anno. Dieci volte di più di quanto paga un medico di famiglia o un pneumologo". Maurizio Maggiorotti, presidente Amami, traccia una stima sui costi delle polizze assicurative contro i rischi professionali dei medici. Al primo posto in questa speciale classifica ci sono i ginecologi e i chirurgi plastici che possono arrivare a pagare fino a 10.000 euro l'anno. Questi ultimi non solo pagano premi altissimi, ma hanno anche difficoltà a trovare una compagnia disposta ad assicurarli. Spesso si ritrovano costretti a rivolgersi all'estero o a compagnie poco affidabili". Altre classi mediche che pagano alti

premi assicurativi sono quelle degli ortopedici e dei chirurghi. "Mediamente un ortopedico - spiega il presidente dell'Amami - paga almeno 4 volte di più, ad esempio, di un dermatologo. Diciamo che grosso modo il premio può variare dai 3 ai 5 mila euro l'anno". Ma lo stesso vale anche per i professionisti del bisturi. "Anche per i chirurghi i prezzi delle polizze sono 'pesanti'. Soprattutto per i cardiochirurghi e gli specialisti della chirurgia vascolare". A fare i conti con polizze costose anche i radiologi. "Anche per loro i prezzi possono variare dai 3 ai 5 mila euro l'anno. Per questi specialisti - aggiunge l'esperto - il rischio è legato soprattutto alla mancata diagnosi".

L'Amami stima che oltre l'80% dei chirurghi abbia ricevuto o riceverà almeno una richiesta di risarcimento o un avviso di garanzia per presunta malpractice durante il corso della vita lavorativa. "Considerando la durata dei processi - spiega Maggiorotti - possiamo affermare che i camici bianchi italiani trascorrano un terzo della propria vita lavorativa sotto processo. Tuttavia, l'esperienza attuale ci porta a considerare che l'80% dei processi per malpractice si conclude con l'assoluzione del medico imputato".

Il Quadro

Numero strutture	74
Totale dipendenti	167.934
Medici	30.526
Infermieri	70.408
Posti letto attivi	50.919
Totale ricoveri	1.927.158

Numero strutture	74
N. posti letto Chirurgia Generale	5.893
Ricoveri Chirurgia Generale	216.026
N. posti letto Ortopedia	4.324
Ricoveri Ortopedia	155.962
N. posti letto Ostetricia e Ginecologia	3.749
Ricoveri Ostetricia e Ginecologia	232.874

Area Geografica	Numero Ospedali	Totale Dipendenti	Medici	Infermieri	Posti letto attivi	Totale ricoveri
Nord	36	83.508	14.721	33.332	24.965	868.035
Centro	31	71.755	12.757	31.849	22.126	891.218
Sud	7	12.671	3.048	5.227	3.826	167.905

Costi assicurativi negli ospedali pubblici italiani

	Valori medi nazionali	Nord	Centro	Sud
Un dipendente	673,71 €	657,07 €	744,37 €	635,95 €
Un medico	3.689,07 €	3727,09 €	4.155,20 €	2.656,07 €
Un infermiere	1.626,01 €	1649,00 €	1.697,29 €	1.533,35 €
Un posto letto	2.322,75 €	2.196,82 €	2.424,76 €	2.114,47 €
Un ricovero	59,71 €	63,21 €	60,51 €	47,96 €

Le tipologie e i settori più a rischio

- **Ostetricia e ginecologia**

Casi chiusi	215
Totale liquidato	21.869.378,29 €
Liquidato medio	101.718,04 €
Liquidato minimo	63,33 €
Liquidato massimo	2.124.000,00 €

- **Errori chirurgici**

Casi chiusi	1.210
Totale liquidato	32.561.776,32 €
Liquidato medio	73.172,53 €
Liquidato minimo	80,00 €
Liquidato massimo	1.352.250,00 €

- **Errori terapeutici**

Casi chiusi	435
Totale liquidato	13.001.161,15 €
Liquidato medio	29.887,73 €
Liquidato minimo	98,32 €
Liquidato massimo	1.900.000,00 €

- **Dati medi nazionali**

Casi chiusi	4.642
Totale liquidato	102.519.224,64 €
Liquidato medio	22.085,14 €
Liquidato minimo	17,00 €
Liquidato massimo	1.651.560,00 €

CAPITOLO 4
LA MEDICINA DIFENSIVA NEL PANORAMA STATUNITENSE: ORIGINI E SVILUPPI DEL FENOMENO

Negli Stati Uniti, a partire già dagli anni '70, a seguito dell'aumento del contenzioso registratosi nell'ambito sanitario, tra i medici si sono diffusi, in misura sempre più frequente, atteggiamenti di tipo difensivo volti principalmente a salvaguardare gli operatori sanitari da iniziative giudiziarie che vengono avvertite con timore e spesso giudicate ingiuste ed arbitrarie. Rispetto al nostro ordinamento, quello statunitense sta affrontando e indagando ormai da alcuni decenni il fenomeno della medicina difensiva. In particolare, differentemente dall'Italia dove i dati relativi al problema sono ancora limitati, oltre oceano sono state condotte numerose inchieste fra gli operatori del sistema sanitario a scopo di monitorare sia le cause, sia la diffusione di questi comportamenti difensivi, specificando, in particolare quali siano le specializzazioni mediche maggiormente colpite e gli effetti derivanti da tale fenomeno. Soffermarsi sull'esperienza statunitense permette di comprendere meglio il problema della *litigation* nel settore della *medical malpractice*.

4.1 Cause ed origini del contenzioso

E' possibile inquadrare diverse cause del fenomeno, sia di natura sociale che di natura giuridica, ma per comprenderlo a fondo è necessario offrire una visione globale del problema sotto tutti i punti di vista. Il primo elemento che risalta dall'analisi del contesto sociale è il paradossale rapporto tra progresso della scienza medica ed il continuo aumento di azioni legali verso gli operatori del sistema sanitario, che seppur a una prima analisi può sembrare fuorviante, in realtà esso può essere visto come l'epilogo naturale di una società che si evolve e porta con se rischi sempre maggiori. Al primo posto quindi fra le cause dell'incremento della *litigation*, si trova la stessa *ars* medica con il suo avanzamento tecnologico, in quanto le sempre più potenti armi mediche hanno introdotto numerosi pericoli per la salute stessa del paziente. Per spiegare ciò si possono sostenere due diverse teorie: in primo luogo, i traguardi che può raggiungere la tecnologia in senso teorico spesso non equivalgono in senso pratico. Questo perché o le persone non sono coscienti delle novità o perché costi troppo elevati non permettono di attuarle.

Una seconda spiegazione, invece, può essere che spesso nuovi strumenti e attrezzature nel campo scientifico richiedono un intervento precauzionale dell'uomo, in termini di controllo e gestione. In sostanza, nuove terapie, migliori cure, moderni strumenti diagnostici, sono sinonimo di nuovi possibili e più dannosi rischi per la salute del paziente. Un altro fattore che influisce sulla crescita del contenzioso è la fortissima percezione sociale accusatoria stimolata, oltre che dall'aumento in termini numerici e di

gravità del fenomeno della *malpractice* medica, dal mutamento del modo di concepire il diritto alla salute, inteso come inviolabile e intangibile. Da qui la necessità di individuare sempre un "colpevole" cui addebitare la responsabilità dell'evento dannoso.
In questo contesto inoltre, si inserisce anche il delicato rapporto tra paziente e medico, che negli ultimi anni ha raggiunto una posizione di tipo paritario, in cui coesiste una stretta e costante collaborazione tra le due parti. In questo senso si muove difatti l'elaborazione, ad opera della giurisprudenza, di una disciplina dettagliata, già fortemente sviluppata negli Stati Uniti, sul consenso informato, che mira ad abbattere la barriera relazionale tra medico e paziente. In particolare, alcuni studi sociologici condotti negli Stati Uniti hanno dimostrato che la professione medica, a partire dalla metà del secolo scorso, ha accusato fortemente la perdita del suo ruolo anche a livello istituzionale. Pian piano questa categoria ha smesso di "dettarsi" le regole che la governano e l'*american medical association* ha smesso di rappresentare il centro degli interessi dell'intera classe medica sul piano della politica pubblica. Come già detto per poter capire bene le cause dell'aumento del contenzioso è necessario confrontare tra di loro i diversi aspetti e i diversi elementi di fondo.

Innanzitutto gli Stati Uniti per via della loro particolare estensione geografica, differentemente dall'Italia, hanno avuto difficoltà nello stabilire nell'ambito della responsabilità civile medica *standard of care* unitarie, pertanto, già a partire dalla seconda meta del XIX secolo, si è sviluppata la regola della "*locality rule".*

Secondo questa prassi, il medico è tenuto ad operare nel pieno rispetto dello standard generalmente praticato da professionisti con normali abilità e capacità in *same* or *similar locality.*

Un paziente che risiede in un paese di campagna non può pretendere lo stesso livello di cure di un paziente che vive in una città, in quanto si presume che il trattamento offerto da un medico in una zona rurale sia inferiore rispetto a quello fornito da chi opera in un grande ospedale di città, sia per il livello dei servizi, sia per la disponibilità delle attrezzature.

Questa metodologia è stata criticata per aver ostacolato, anche se implicitamente, la tutela dei pazienti. In primo luogo c'è il rischio che si creino dei gruppi di *substandard practicioners* che stabiliscano uno standard di diligenza inferiore, con ripercussioni sulla qualità delle cure. Inoltre poiché la *locality rule* fissa un determinato grado di diligenza a cui aderisce una precisa comunità, nel caso in cui il paziente danneggiato voglia agire in giudizio e avvalersi di un consulente, è costretto a rivolgersi a un medico che faccia parte della stessa comunità.

In tal modo, si crea il pericolo di non trovare consulenti che siano disposti a deporre a favore dei pazienti.

Tale pratica ha dato vita alla "*conspiracy of silence"*, in virtù della quale numerosi medici hanno deciso di non rendere deposizioni contro altri colleghi, consapevoli di quello che ciò significherebbe se nel futuro si ritrovassero nelle vesti del medico citato in giudizio.

Per porre rimedio a tale situazione, le corti supreme di alcuni stati hanno dapprima, modificato e successivamente messo da parte questa regola, diffondendone un'altra che prevede uno *standard of care* unitario per tutta la nazione.

Un ulteriore elemento che contraddistingue il sistema americano ed opera a favore del paziente, è l'esistenza dei *punitive damages*, che consentono di accordare risarcimenti molto elevati.

Attualmente si discute se la finalità di tali risarcimenti sia ancora solo quella di punire i medici per le loro condotte negligenti , o se, più che altro, svolgano una funzione deterrente nei confronti delle organizzazioni burocratiche che dal vertice dirigono gli ospedali e il sistema sanitario. Sta di fatto che tuttavia, questo strumento rappresenta un ulteriore incentivo per le vittime della *malpractice* a intraprendere azioni legali nei confronti degli operatori sanitari.

Negli Stati Uniti la presenza della giuria laica nelle vertenze in materia di responsabilità medica viene vista come un altro elemento a vantaggio dei pazienti; si ritiene che i membri di una *lay jury* non siano competenti a giudicare validamente su tali argomenti, per i quali sarebbero necessari degli esperti.

Un altro elemento al centro di dibattiti è l'entità dei risarcimenti, si rileva infatti che sempre più le ingenti somme sono riconosciute a titolo di "*general damages"*, ossia di danni non patrimoniali, all'interno dei quali sono ricompresi i *pain and suffering damages*. I *genaral damages* rappresentano quella categoria di danni che include al suo interno tutti i pregiudizi non suscettibili di valutazione economica come, ad esempio, danni biologici e morali. La percentuale più ampia della *compensation* spetta, però, ai *pain and suffering damages.* Per questi ultimi, ma più in generale per i danni non patrimoniali, non ci sono criteri oggettivi da rispettare per la determinazione del loro ammontare, che viene stabilito dalla giuria con ampia discrezionalità in base ad alcuni elementi quali la gravità e la serietà del danno subito.

In ogni caso la decisione deve ispirassi ai principi di "*Fair and reasonableness"*, ossia di equità e di ragionevolezza.

4.2 Sistemi di finanziamento della sanità in America

Recenti indagini condotte negli Stati Uniti hanno evidenziato che l'adozione di comportamenti di medicina difensiva da parte del personale medico vanno a gravare in maniera incisiva sulla spesa sanitaria, con cifre che si aggirano intorno ai 200 miliardi di dollari annui. Tuttavia altri studi a riguardo stimano questo valore in un *range* che si colloca tra i 70 e i 120 miliardi di dollari annui. Si tratta ovviamente di stime approssimative poichè risulta estremamente difficoltoso estrapolare i costi della medicina difensiva da quelli totali della sistema sanitario.

Negli ultimi anni si sta valutando l'ipotesi di intervenire con una riforma che possa andare ad agire sugli attuali sistemi di finanziamento delle strutture sanitarie e dei medici, soprattutto alla luce degli ingenti costi di cui il sistema sanitario si fa carico. Inoltre si osserva che con l'incremento del fenomeno della medicina difensiva si va incontro ad una diminuzione della qualità del servizio sanitario e inevitabilmente ad un aumento dei costi.

Sino a una decina di anni fa il sistema di finanziamento delle strutture sanitarie seguiva il modello del "*fee for service*" il quale si basava sul rimborso alla struttura sanitaria da parte della compagnia assicurativa sulla base della quantità delle prestazioni erogate. Tale modello non prevedeva però sanzioni per eventuali prescrizioni di esami o farmaci non necessari, contribuendo quindi ad un maggiore spreco di risorse ed una minore qualità del servizio reso.

Recentemente si è invece sviluppato il modello del "*pay for performance program*". Si tratta di un sistema di finanziamento che prevede un rimborso alle strutture e ai medici in relazione alla qualità dei servizi offerti ai pazienti, quantificabile attraverso il raggiungimento di determinati obiettivi oppure con il rispetto di determinate linee guida preventivamente stabilite da parte degli enti assicurativi . È un sistema quindi che mira a rafforzare la qualità del servizio e a garantire una migliore gestione delle risorse economiche.

Questa modalità potrebbe rivelarsi un valido strumento idoneo a scoraggiare gli atteggiamenti di medicina difensiva e quindi a minimizzare i costi del servizio sanitario, ma d'altra parte rischia di avere delle ripercussioni sul potere decisionale del personale medico che non sarebbe più totalmente autonomo nella prescrizione di esami, visite o farmaci che siano al di fuori delle linee guida degli enti finanziatori, dettate facendo particolare attenzione all'aspetto prettamente economico. Tutto ciò potrebbe quindi sottoporre l'attività medica ad un'eccessiva pressione economica.

Bisogna quindi riorganizzare in maniera equilibrata il modello del "*pay for performance system*" in relazione agli obiettivi di qualità ed efficienza, facendo attenzione a non compromettere negativamente l'operato del personale sanitario e la tutela del paziente.

4.3 Conseguenze del contenzioso sul settore assicurativo

A causa dell'aumento del contenzioso nel settore della *medical malpractice*, il sistema assicurativo americano ha dovuto affrontare tre gravi crisi economiche. Il motivo di una crescita esponenziale dei premi assicurativi è da ricercarsi nell'aumento delle indennità/risarcimenti che sono stati pagati dalle Compagnie assicuratrici.

Tale valore dipende da tre variabili: *frequency* (cioè la frequenza con la quale sono esperite azioni di risarcimento nei confronti dei medici), *probability* (indica la probabilità che la richiesta risarcitoria venga soddisfatta) e *severity* (esprime la misura del risarcimento). Il monitoraggio dei dati relativi al contenzioso ha rilevato che l'aumentare di ciascuna di queste variabili produce un incremento dei costi necessari per offrire una copertura assicurativa. Per questo motivo si riscontra una mancanza di disponibilità della copertura assicurativa per i sanitari, visto che molte Imprese assicurative o si sono ritirate dal mercato o hanno abbandonato il settore.

Focalizzando l'attenzione sulla *medical malpractice* si rileva che la causa che ha generato tale situazione sia dovuta principalmente all'aumento del numero di risarcimenti. Si stima che gli importi liquidati si aggirino intorno ai 32 milioni di dollari annui. Con riferimento ai costi processuali le statistiche considerate osservano che la maggior parte dei procedimenti giuridici instaurati nei confronti dei medici, si concludano a favore di quest'ultimi nell'82% dei casi ed il professionista medico è tenuto a sopportare spese processuali in media pari a 77.000 dollari per difendersi.

Il primo Stato americano ad aver varato una riforma nel settore della *medical malpractice* è stata la California che prevede un tetto di 250.000 dollari nella liquidazione dei danni non patrimoniali oltre a prevedere che il soggetto convenuto, ossia il medico o la struttura sanitaria, possa offrire prova che il danneggiato abbia già ottenuto da altre fonti il risarcimento richiesto. Infine la riforma introduce il meccanismo che prevede, a seconda del valore della condanna, un tetto massimo da corrispondere al legale. Questo permette sia ai danneggiati di ottenere una quota maggiore del risarcimento, sia di scoraggiare gli avvocati dal promuovere cause futili o prive di un valido fondamento. L'adozione di questa riforma ha permesso di ridurre di circa il 40% la quota dei premi assicurativi.

Altri Stati americani per risolvere il problema relativo al contenzioso medico-sanitario, hanno varato altri tipi di riforme volte, non solo a contenere l'entità dei risarcimento, ma anche, a rendere più difficoltoso per il danneggiato la possibilità di ottenere un esito vittorioso. Inoltre sono stati introdotti anche i "*certificate of merit*" che impongono al

paziente che intenda promuovere un’azione legale di possedere un certificato/relazione da parte di un medico o di un altro specialista attestante il merito e la fondatezza delle richiesta risarcitoria.

CAPITOLO 5
VIVERE LA MEDICINA DIFENSIVA: LA PAROLA AI PROFESSIONISTI

5.1 Intervista a Maurizio Maggiorotti, presidente dell'associazione AMAMI

AMAMI nasce nel 2002 per contrastare le accuse infondate di *malpractice* rivolte alla classe medica. Secondo un malcostume piuttosto diffuso, infatti, molti pazienti tendono ad assimilare ad errori medici le complicanze o comunque, in generale, i risultati diversi da quelli attesi, oppure addirittura tendono ad assimilare ad errori medici i problemi derivanti da un più grande problema di malasanità (ad esempio, strumenti rotti o disservizi al pronto soccorso, che provocano allungamento dei tempi d'attesi per i pazienti). Inoltre, grazie anche alla legge Bersani – secondo la quale gli avvocati possono fare il cosiddetto patto di "quota lite", che significa che il paziente oggi non spende più nulla per intentare un'azione legale verso un medico e può pagare l'avvocato solo in caso di vittoria – molti pazienti (scontenti spesso non tanto del medico in sé, quanto dell'intero trattamento ricevuto in senso lato oppure semplicemente disposti ad arricchirsi) e molte associazioni svolgono attività speculativa per guadagnare a danno dei medici.

Per esempio, una sentenza molto recente ne è stata l'esemplificazione. Un collega ha visitato una paziente che riferiva di avere mal di testa, ha fatto un esame obiettivo neurologico che è risultato negativo, ha ritenuto si trattasse di semplice cefalea e ha richiesto ulteriori esami neurologici non urgenti; nel frattempo la paziente è deceduta e solo dopo si è potuto comprendere che si trattava di una cefalea "sentinella" con un sanguinamento intracranico. Il collega è stato denunciato. Se passa questo concetto, cosa significa? Che ogni paziente che si reca al pronto soccorso con una cefalea deve fare un ANGIO-RM, un esame estremamente invasivo, caro, costoso e lungo? Se noi cominciamo a fare angio-RM a tutti i pazienti che arrivano con una riferita cefalea, cominciamo a praticare quella che viene definita "Medicina Difensiva" (M.D.).

La M.D significa non fare quello che si pensa sia più logico dal punto di vista strettamente scientifico, ma quello che ci difende di più da un eventuale aggressione giudiziaria.

Qualora il giudice, per comprendere se c'è stato quello che si chiama un reato omissivo da parte del medico, chiedesse ai suoi consulenti tecnici: "Se il medico avesse fatto quest'altro accertamento, avrebbe scoperto che il paziente aveva un'altra cosa?", e il consulente rispondesse: "Sì", allora il medico verrà condannato. Ma se questa è la lente di ingrandimento sotto cui noi dovremmo vedere i pazienti, è chiaro che ogni mal di pancia potrebbe essere di tutto, come una rottura dell'aneurisma dell'addome, e quindi bisognerebbe fare un'ecografia o approfondimenti più importanti per ogni cosa. Se ragioniamo così, però, ecco che viene fuori la Medicina Difensiva: difendersi preventivamente, facendo tantissimi esami.

Non a caso, la Medicina Difensiva è oggi chiamata “Medicina dell’obbedienza giurisprudenziale”. Ciò sottolinea il fatto che i medici stiano con l’orecchio sempre teso a cogliere l’ultima sentenza, per orientare le proprie scelte sulla base di quella che sarebbe stata la decisione di questo o quel tribunale.

Ovviamente sì, la M.D. ha influito molto sul rapporto medico-paziente. Oggi, infatti, i medici non possono più curare i pazienti come curerebbero i propri figli, ma curano i pazienti come curerebbero un magistrato che li deve accusare, o meglio giudicare.

Il problema più grosso è che non esiste in Italia (come anche in Polonia e in Messico) una legge che regoli quello che è l’atto medico. Poiché l’atto medico non è definito in Italia, esiste una certa giurisprudenza secondo la quale il consenso informato discrimina l’utilizzo del bisturi in una rissa piuttosto che in sala operatoria. Questa è una follia pura, un malcostume tutto italiano. Infatti, noi più volte abbiamo chiesto che venga definito per legge l’atto medico.

Bisogna, poi, considerare anche questioni molto più ampie, legate alla problematica assicurativa e alla problematica mediatica.

In riferimento alla problematica mediatica, per esempio, va ricordato che, ogni volta che c’è un’indagine, il medico viene sbattuto in prima pagina ma poi dopo, se anche l’indagine si conclude con un nulla di fatto, nessuno ridarà la serenità perduta al medico; inoltre, ridare la notizia sul giornale è ancora peggio, perché, come diceva Andreotti, “La smentita non è altro che una notizia data due volte”, quindi non c’è più modo di riparare a un danno del genere.

In riferimento alla problematica assicurativa, poi, va detto che l’assicurazione per i medici è obbligatoria, ma paradossalmente le assicurazioni non sono obbligate ad assicurare i medici. Alla luce di questa incongruenza, abbiamo fatto un’interpellanza parlamentare urgente che andrà in aula la prossima settimana. **L**a cosa più semplice sarebbe vedere cosa fanno all’estero e copiarlo in Italia, piuttosto che fare ulteriori invenzioni, basti vedere il sistema francese o quello tedesco. In questi paesi, infatti, il medico ha un rapporto contrattuale di dipendenza con la struttura (ASL, ospedale, case di cura, ecc.) in cui esercita la sua professione; pertanto, a rispondere di eventuali risarcimenti sarà la struttura che deve obbligatoriamente essere assicurata. Infatti, non si può esercitare la professione ove non ci sia un’assicurazione premiale completa, anche qualitativamente importante, che renda garanzia qualora sorgano dei problemi, ciò al fine di garantire al paziente infortunato di avere un risarcimento rapido e al medico di non rispondere costantemente del risarcimento.

ATTENZIONE! Quando si parla di errori medici, troverete una serie di dati falsi. Non esistono dati veri perchè non esiste l’osservatorio del contenzioso e dell’errore medico.

Ad esempio, molti dei dati riportati sono quelli del Tribunale del Malato, che fanno sorridere perché spesso il Tribunale raccoglie i dati sulla base delle lamentele e delle segnalazioni dei pazienti. Inoltre, un processo impiega sei-sette anni in Italia per arrivare a termine, allora non è possibile affermare, come spesso invece si legge, che

quest'anno si è sbagliato di più dell'anno scorso. Inoltre al tribunale del Malato arrivano anche le lamentele di pazienti che si riferiscono non tanto a malpractice medica ma a problemi più generali della struttura sanitaria in cui il medico opera: se un paziente scivola sul pavimento bagnato perché l'infermiere si è scordato di segnalarlo, il paziente va a fare la segnalazione, ma non si può dire che in quel reparto si sono commessi errori medici!

Molti degli errori riportati, poi, sono quelli dell'ANIA, che considera i sinistri, ossia le richiesta di risarcimento o l'informazione di garanzia. Se un PM manda in ospedale per un sospetto 50 informazioni di garanzia (cosa che è successa recentemente), l'ANIA registra 50 sinistri, perché tanti sono i medici coinvolti, ma molti di questi, in realtà, non erano presenti al momento dell'accaduto (per esempio, erano in ferie). A livello statistico, però, vengono registrate tutte quelle che sono le aperture dei sinistri. Questi dati, quindi, sono finti. La notizia vera è che non ci sono NUMERI, perché non ci sono FONTI. Spesso, infatti, si lavora su dei numeri che non esistono e ci sono i media fuorviati per anni dai falsi numeri per gli errori medici.

5.2 Intervista a Francesca Moccia, presidente del Tribunale del Malato - Cittadinanzattiva

Il Tribunale per i Diritti del Malato-Cittadinanzattiva nasce nel 1980 con lo slogan "perché non accada ad altri", una frase presa da una lettera di una mamma che aveva visto morire suo figlio in ospedale, senza assistenza, senza attenzione alcuna alla sofferenza patita e senza rispetto della dignità umana, e aveva raccontato la sua storia non per sete di vendetta, ma solo per evitare che ad altri potesse accadere lo stesso. Non si tratta dunque di un vero Tribunale, o peggio, di un Tribunale del malato, ma sull'esempio del Tribunale Russell, di un'esperienza per riconoscere e tutelare i diritti delle persone che necessitano di assistenza. Dunque un'esperienza di impegno civico nella sanità. Oggi, a 30 anni di distanza, lo spirito e la mission sono rimaste le stesse, ma l'organizzazione è cresciuta, si è radicata sul territorio, è diventata una rete costituita da circa 300 sedi in tutta Italia. In questi anni oltre a dare assistenza, informazione e consulenza gratuita ai cittadini, il TDM-Cittadinanzattiva ha promosso numerose campagne di informazione e di sensibilizzazione sulla sicurezza e la qualità delle cure, il consenso informato, dolore non necessario, ecc..

Il rapporto medico paziente è molto cambiato negli ultimi 30 anni, è decisamente migliorato in favore del paziente, non c'è più un rapporto paternalistico come nel passato, quanto il medico decideva e il paziente subiva passivamente ogni decisione. Oggi la decisione sulla propria malattia e sulla terapia da seguire è condivisa e a decidere è il soggetto che è titolare del diritto sulla base delle terapie consigliate dal medico. La soggettività cresciuta ha come risvolto un atteggiamento proattivo che diventa in alcuni casi conflittuale, soprattutto se dall'altra parte il medico non fa attenzione alla persona che ha di fronte, non dedica del tempo a dialogare e ad ascoltare, a chiarire dubbi legittimi, richieste di informazioni, domande scomode. La medicina difensiva è la reazione peggiore che può avere il medico nei confronti del paziente esigente, è un eccesso di esami prescritti, di visite mediche di verifica quando tutto è

chiaro, se non c'è anche incompetenza, è anche uno spreco di denaro pubblico o di risorse a carico dei cittadini. Quando in moltissimi casi basterebbe investire un po' di tempo in più. Appropriatezza è la parola giusta, ma trasparenza, informazione qualificata, dialogo alla pari e consenso informato vero, non mero atto burocratico, sono la strada da percorrere in alternativa alla medicina difensiva.

Il rischio della medicina difensiva è allontanare medici e pazienti, sprecare denaro pubblico, non fare cure appropriate, mettere a rischio le risorse economiche per curare chi ne ha davvero bisogno e minare la già precaria sostenibilità del SSN.

I cittadini vanno informati del fenomeno della medicina difensiva, ne sanno poco, per poter contribuire a combatterlo, nel proprio interesse e nell'interesse di tutti. Vanno informati che da marzo 2010 esiste la mediazione come forma alternativa di gestione del conflitto, una strada per allentare la tensione tra medici/strutture sanitarie e pazienti, utile anche per ridurre il fenomeno della medicina difensiva.

CAPITOLO 6
SUPERARE LA MEDICINA DIFENSIVA: UNO SGUARDO ALLE PROSPETTIVE FUTURE

Sono tante e preoccupanti le possibili derive associate alla pratica della medicina difensiva. Per la gravità delle sue conseguenze, dunque, la medicina difensiva è diventata un tema su cui in tanti dovrebbero interrogarsi e intervenire – dal medico, al paziente, passando anche per il legislatore e per i *mass media* – per individuare misure a tutela di tutte le parti coinvolte. Sono tante le proposte che potrebbero essere prese in considerazione per arginare il dilagare di tale fenomeno.

6.1 Riattribuire il corretto significato agli strumenti a disposizione del medico nella relazione con il paziente: linee guida e consenso informato

Come precedentemente evidenziato, le linee guida devono essere mediate dalla professionalità ed esperienza del medico affinchè rimangano strumenti utili e non annientino l'autonomia e la responsabilità professionale del medico attraverso una cieca e pericolosa osservanza.

Dal punto di vista del contenzioso giudiziario, è necessario che il giudice sia reso consapevole – anche attraverso il decisivo contributo dei consulenti tecnici e dei periti – che la valenza delle linee guida non è assoluta; il loro scopo primario, infatti, è di guidare e favorire il corretto operato del medico, senza divenire strumento per valutarne la condotta in sede giudiziaria. In altri termini, il giudice deve essere edotto del fatto che le linee guida hanno una valenza relativa, trattandosi di parametri generali che fanno riferimento ad un paziente "astratto" e a situazioni standard; pertanto, queste devono essere necessariamente "personalizzate" in rapporto alle esigenze del caso clinico concreto e alla specifica condizione patologica del paziente.

D'altra parte, è importante che il medico diventi cosciente del fatto che l'utilizzo delle linee guida nella pratica clinica non assicuri di per sé una totale copertura medico-legale e che tale utilizzo non possa ridursi a un automatismo deresponsabilizzante; infatti, esso deve corrispondere, invece, alla sintesi tra l'oggettività delle evidenze scientifiche, la soggettività del paziente e l'autonomia del medico. Da questo punto di vista, appare dunque indispensabile incrementare le competenze professionali e le conoscenze scientifiche dei medici (ad esempio attraverso appositi corsi formativi e di aggiornamento, diffusione di materiale informativo, ecc), necessarie per un utilizzo critico e ragionato delle linee guida; solo in questo modo, può essere possibile individuare quelle dotate di elevata qualità metodologica e, conseguentemente, di valido contenuto scientifico, così da renderle utilmente applicabili nei vari contesti assistenziali e nella pratica clinica quotidiana.

Analogamente, come già riportato in precedenza, il consenso informato deve essere presentato dal medico e ottenuto dal paziente in modo corretto; solo in questo modo, infatti, esso può costituire legittimazione e fondamento dell'atto medico e, al contempo, diventare strumento per umanizzare il rapporto medico-paziente e per realizzare una vera "alleanza terapeutica".

È dunque importante che il medico diventi consapevole del fatto che sempre più episodi di litigiosità e conseguenti interventi della magistratura sono dovuti non solamente alla disparità di competenze tecniche e di esperienza professionale tra i due attori (medico e paziente), ma anche alla precarietà della comunicazione. Di conseguenza, il medico dovrebbe comprendere che l'acquisizione di un valido consenso informato richiede la realizzazione di un ampio contesto relazionale, adattando l'informazione in base alla cultura, alla capacità di comprensione e allo stato psichico del paziente. L'informazione non deve essere una semplice trasmissione di dati e notizie, ma deve rappresentare un percorso – comune e condiviso da medico e paziente, caratterizzato da scambio reciproco tra i due – per indicare efficacemente al paziente le possibili alternative terapeutiche e non. Infatti, l'informazione è finalizzata non a colmare l'inevitabile differenza di conoscenze tecniche tra medico e paziente, ma a porre il paziente nella condizione di esercitare correttamente i suoi diritti e quindi di formarsi una volontà che sia effettivamente tale, in altri termini in condizione di scegliere.

6.2 Ritrovare il dialogo tra medico e paziente

Alla base di un rapporto medico-paziente così concepito, la comunicazione deve assurgere a momento centrale di questo rapporto. Informazione, comunicazione e relazione, dunque, devono essere contenute l'una nell'altra e devono essere tutte presenti nella relazione tra paziente e medico.

Ciò potrebbe inibire, da un lato il ricorso dei medici a un atteggiamento difensivo che va a discapito dell'interesse dei pazienti e, dall'altro, il ricorso di pazienti insoddisfatti e, talvolta, persino rancorosi, alle aule dei Tribunali, seppur a fronte di un corretto approccio diagnostico-terapeutico.

Senza dubbio, infatti, un paziente che si è sentito accolto e curato in maniera adeguata avrà l'impressione che sia stato fatto tutto ciò che poteva essere il meglio, ritenendosi considerato e addirittura protetto dal medico; si sentirà compartecipe delle scelte effettuate, così che, qualora dovesse verificarsi un evento inatteso, saprà meglio distinguere e accettare ciò che talvolta risulta inevitabilmente indipendente dalle capacità di chi lo ha in cura, in un ambito, come quello della medicina, gravato in ogni sua forma dall'imprevedibilità.

6.3 Ripristinare un corretto ambiente socio-culturale: meno sensazionalismo e più informazione da parte dei media

Un capitolo di fondamentale importanza, dato il suo ruolo in caso di medicina difensiva e di contenzioso sanitario, è da dedicare ai *mass media*. Non bisogna dimenticare, infatti, che oltre al timore del contenzioso e all'esigenza di tutelarsi da un punto di vista medico-legale, il medico è spinto ad adottare pratiche di medicina difensiva per il timore che una denuncia per *malpractice* possa trovare eco spropositata per mezzo dei *media* e dunque possa avere una ripercussione drammatica sulla propria reputazione.

Infatti, non sempre i *media* sono equilibrati e prudenti; a volte esagerano nel divulgare certe notizie, facendo leva sul sensazionalismo piuttosto che approfondendo il contesto in cui un evento si è sviluppato. La conseguenza di tale comportamento è che spesso la notizia non viene esposta in maniera lucida e obiettiva e la percezione della realtà da parte dei cittadini viene distorta. Quando i *media* divulgano dati e statistiche che riguardano gli errori medici, indugiando sui danni provocati ai pazienti per colpa professionale, possono contribuire a creare un contesto socio-culturale dominato da tensioni tra pazienti e medici – contesto in cui si tendono ad associare due concetti in realtà non necessariamente sovrapponibili: l'errore e la colpa.

I *mass media*, quindi, dovrebbero avere il compito di informare correttamente e sensibilizzare l'opinione pubblica, promuovendo un clima di rinnovata fiducia verso gli operatori sanitari e gli addetti ai lavori, moderando i toni ed evitando di fomentare le controversie.

6.4 Spostare lo sguardo: dal problema della medical malpractice a quello, più generale, della malasanità

Un elemento di non trascurabile importanza – riguardo sia al contenzioso sia al ricorso a metodiche di medicina difensiva – è identificabile nella mancanza di una adeguata informazione del cittadino, il quale identifica nel terminale della sanità – il medico – il responsabile unico delle eventuali inadeguatezze del sistema. Come accennato in precedenza, però, è importante ricordare che spesso l'agire del singolo medico risulta condizionato dal contesto organizzativo all'interno del quale esso svolge la sua professione. In tal senso, va sottolineato che molti dei problemi eventualmente riscontrabili a livello del sistema generale in cui il medico opera possono ripercuotersi sulla qualità delle sue prestazioni. Ad esempio, tra i fattori cui è opportuno prestare attenzione figurano:

- contesto istituzionale (contesto economico e regole imposte Servizio Sanitario Nazionale);
- fattori gestionali e organizzativi (risorse e vincoli finanziari, politiche, standard e obiettivi, cultura della sicurezza e delle priorità);
- ambiente di lavoro (dotazione di personale e mix di competenze, carichi di lavoro e modalità di turnazione, progettazione, disponibilità e manutenzione delle attrezzature, supporto amministrativo e gestionale);
- team di lavoro (comunicazione verbale e scritta, supervisione ed opportunità di aiuto, struttura del team);
- individualità del personale (conoscenze ed abilità, motivazione, salute fisica e mentale);
- compito svolto (progettazione e chiarezza strutturale del compito, disponibilità e utilizzo di procedure, disponibilità e accuratezza dei risultati dei test);
- caratteristiche dei pazienti (condizioni di complessità e gravità, lingua e comunicazione, personalità e fattori sociali).

Ragionando in questi termini, è dunque possibile ampliare la "visuale" della responsabilità per un atto sanitario. Questo permette, di conseguenza, di operare un

passaggio fondamentale, laddove possibile e legittimo, da un approccio prettamente "personale" – in cui si pone l'attenzione sugli errori commessi dagli individui e si riconducono le cause ad uno specifico problema di *malpractice* – ad uno "di sistema" – in cui si pone l'attenzione sulle condizioni di lavoro degli operatori e si riconducono le cause ad un più generale problema di malasanità. Se venisse resa più esplicita questa differenza, anche a livello di pubblica opinione, e se si comprendesse che spesso i problemi nell'assistenza sanitaria offerta al paziente dipendono da problemi insiti nella struttura organizzativa di cui il medico rappresenta solamente il terminale finale, si potrebbe capire che il cardine della questione – su cui sarebbe necessario focalizzare l'attenzione generale – non è tanto quello di arginare la pratica difensiva dei medici, quanto piuttosto di implementare strategie di *risk management* per contenere gli incidenti derivanti dalla malasanità.

6.5 Stabilire una corretta definizione di "atto medico"

Il problema della medicina difensiva dovrebbe essere inquadrato nell'ottica di un problema più ampio, quale quello dell'attuale inevitabile ripensamento della professione medica. Come abbiamo riportato più volte nel nostro lavoro, oggi la grande difficoltà in cui versa la medicina è dovuta certamente al trovarsi simultaneamente esposta a più generi di conflitti, come in mezzo a fuochi incrociati: il contenzioso legale con i pazienti, le direttive imposte dai vertici delle aziende, i rapporti difficili con le altre professioni sanitarie, le politiche economicistiche del servizio sanitario nazionale, le sfide bioetiche e tecnologiche, i problemi della fallibilità e della delegittimazione professionale…, problemi giornalieri che presi nel loro insieme permettono di comprendere le difficoltà paradigmatiche del medico e della medicina. È dunque in atto, oggi, una confutazione della medicina moderna, che impone di individuare alcuni snodi cruciali su cui riflettere: uno di questi è certamente la definizione stessa di "atto medico".

> "*L'atto medico comprende tutte le azioni professionali, vale a dire le attività scientifiche, didattiche, formative ed educative, cliniche, medico-tecniche compiute al fine di promuovere la salute e il buon funzionamento, prevenire le malattie, fornire assistenza diagnostica e terapeutica e riabilitativa a pazienti, gruppi o comunità nel quadro del rispetto dei valori etici e deontologici. Tutto ciò rientra nei doveri del medico iscritto (cioè abilitato e iscritto all'Ordine dei medici) o deve avvenire sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione*" (Definizione europea di "atto medico", Budapest-Uems, nov. 2006).

L'attuale definizione europea di "atto medico" è interessante non per quello che dice ma per le difficoltà che dimostra nei confronti di una definizione oggettivamente complessa e complicata. Tale definizione risulta inadeguata perché:

- E' superficiale e poco pratica, distante dai problemi di tutti i giorni del medico, astratta rispetto alla realtà concrete che dovrebbe definire. Infatti, non si dice cosa sia realmente l'atto medico in quanto tale, ma si descrivono in generale le azioni in esso comprese. L'atto medico, quindi, è definito solo in termini di azioni e di

attività, cioè è interpretato come operatività. Inoltre, la definizione risulta non circoscritta all'atto, ma circoscrivente praticamente l'intera attività medica in tutte le sue forme, con il risultato di far corrispondere "atto" a "medicina", cioè una nozione ad un universo di nozioni. Senza contare, poi, che le finalità descritte sono genericamente riconducibili alla salute, pur sapendo che oggi la professione medica è sollecitata a farsi carico anche di tante altre finalità diverse (risparmio, gestione, relazione, sicurezza, umanizzazione ecc).

- E' aspecifica. Infatti, "tutte le attività professionali" descritte non sono esclusive del medico, ma comuni a tante altre professioni; "fornire assistenza diagnostica, terapeutica e riabilitativa" è un'espressione che ricorre in tanti profili professionali sanitari, non solo quelli medici. Di conseguenza, risultando la definizione di profilo troppo generica rispetto ai compiti effettivi, possono insorgere conflitti e sovrapposizioni tra professioni.

Insomma, questo sistema definitorio tradisce oggi molti limiti, poichè non specifica inequivocabilmente il genere al quale appartiene l'atto medico. Ebbene, se questa genericità poteva andare bene trent'anni fa, perché l'atto medico era considerato storicamente acquisito, oggi al contrario, in ragione di tutti questi rivolgimenti socio-culturali, tale genericità va superata. Nel contesto sociale in cui oggi si trova la medicina, infatti, questo crea un problema di relativa indeterminazione della professione medica che pone due importanti ordini di questioni: il primo riguarda i rapporti tra atto medico e paziente, il secondo riguarda i rapporti tra medici, altre professioni sanitarie e aziende.

L'attività medica ha obbligatoriamente un carattere autonomo perché essa deve decidere le rappresentazioni delle malattie e dei malati e scegliere come operare, fare ed agire nei loro confronti. Il carattere intellettuale del medico non è nel sapere del medico ma è nel decidere come scegliere ed usare le conoscenze, e ciò è inevitabilmente una questione di autonomia. Oggi tutti i più importanti problemi della professione hanno a che fare con questioni di autonomia, di decisione e di scelta in una molteplice accezione. Detto sinteticamente:

- la società chiede al medico di rinunciare ad un'idea assoluta di autonomia e di tenere conto dell'autonomia del paziente-esigente, con conseguenti problemi di deterioramento del rapporto medico-paziente;
- le aziende puntano a ridimensionare l'autonomia professionale perché considerata un ostacolo alla gestione, preferendo di gran lunga alla figura di medico-autore (autonomo e responsabile) quella di medico-osservante (pedissequamente aderente alle disposizioni generali), con conseguenti problemi di burocratizzazione della professione;
- le altre professioni sanitarie condizionano profondamente l'attività medica, poiché tendono a ritagliarsi delle autonomie proponendosi alla fine come professioni medico-sanitarie con proprie responsabilità.

Si noterà che, la società da una parte, le aziende dall'altra, in modi diversi, tenteranno di ridimensionare il carattere intellettuale della professione medica, in un caso chiedendole di accettare e condividere delle conoscenze attraverso delle relazioni, in un altro spingendo sempre più la professione medica ad essere una professione esecutiva, quindi

non più medica ma sanitaria.

A questo punto si tratta di mettere in campo una ridefinizione di atto medico all'altezza delle sfide. Ridefinire l'atto medico, oggi, vuol dire cambiare la sua impostazione storica per dare delle risposte in modo nuovo, consapevole e responsabile. Ripensare l'atto medico vuol dire ripensare i valori della professione dentro un cambiamento epocale e dentro contesti lavorativi fortemente condizionanti. Restituire una chiara dimensione all'atto medico significa permettere al medico di ricominciare ad esercitare la sua professione con tranquillità e serenità, senza pressioni e influenze negative, allontanandosi da atteggiamenti difensivi e ritrovando il senso di agire per il pieno interesse di tutte le parti coinvolte e per la tutela dell'inalienabile diritto alla salute di tutti i cittadini.

BIBLIOGRAFIA

Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Roma. *La medicina difensiva in Italia in un quadro comparato: problemi, evidenze e conseguenze*. 2008.

Ordine provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. *Chi si difende da chi? E perché? I dati della prima ricerca nazionale sulla medicina difensiva*. Roma, 23 Novembre 2010, Senato della Repubblica.

M. Catino, C. Locatelli. *Il problema della medicina difensiva nell'urgenza.* Dipartimento di sociologia e ricerca sociale. Università degli studi di Milano-Bicocca. Ottobre 2010.

Centro Studi Federico Stella sulla Giustizia Penale e la Politica Criminale. *Il problema della medicina difensiva. Una proposta di riforma in materia di responsabilità penale nell'ambito dell'attività sanitaria e gestione del contenzioso legato al rischio clinico*. A cura di G. Forti, M. Catino, F. D'Alessandro, C. Mazzucato e G. Varraso. Pisa, 2010.

R. Bartoli. *I costi "economico-penalistici" della medicina difensiva.* ASTRID. Bozza 23/05/2011.

F. Introna. *Metodologia medico-legale nella valutazione della responsabilità medica per colpa.* Riv. It. Med. Leg. 1996, 1323.

F. Introna. *Responsabilità professionale, medica e gestione del rischio.* Riv. It. Med. Leg. 2007, 641 ss.

R. Bartoli. *Paradigmi giurisprudenziali della responsabilità medica. Punti fermi e tendenze evolutive in tema di causalità e colpa*. In AA.VV. *Responsabilità penale e rischio nelle attività mediche e d'impresa,* a cura di R. Bartoli. Firenze, 2010.

E. Balboni, M. Campagna. *Osservazioni sul governo clinico anche come origine alla medicina difensiva.* In AA.VV. *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato,* a cura di C. De Vincenti, R. Finocchi Ghersi e A. Tardiola. Bologna, 2011.

P. Pisa, G. Longo. *La responsabilità penale per carenze strutturali e organizzative.* In AA.VV. *Responsabilità penale e rischio.*

F. Palazzo. *Responsabilità medica, "disagio" professionale e riforme penali*. Dir. Pen. Proc. 2010, 1066.

P. Mariotti, A. Serpetti, A. Ferrario, R. Zoja, U. Genovese. *La medicina difensiva. Questioni giuridiche, assicurative, medico-legali.* Maggioli Editore, 2011

M. Mello, D.M. Studdert, T.A. Brennan, *The new medical malpractice crisis.* New England Journal of Medicine. 2003, 348.

S. Winkler, *Risoluzione extragiudiziale delle controversie mediche.* In Danno e resp., 2003, 1041 ss.

R. E. Anderson, *Effective legal reform and the malpractice insurance crisis*. Yale journal of health policy, law, and ethics. 2005. 5: 343-355.

M. Catino. *Dilaga la medicina difensiva. Nell'ultimo mese "troppo prudenti" almeno una volta il 90,5% di intervistati.* Il Sole 24 Ore, Sanità. 22-28 marzo 2011.

P. Biondani. *Dottore ti denuncio*. L'Espresso, 29 maggio 2008.

M. Tavani, C. Garberi. *Medicina difensiva: tra codice penale e fenomeno mediatico.* Pavia, 28 ottobre 2011.

R. Avraham, *Clinical Practice Guidelines: The Warped Incentives in the U.S. Healthcare System*, Am. J. L. Med. 7.

Office of Disability, Aging, and Long-Term Care Policy, U.S. Department of Health and Human Services, *Addressing the New Health Care Crisis: Reforming the Medical Litigation System to Improve the Quality of Health Care.* 2003.

C. Bartholome, *Leveraging our strengths: reinforcing pay-for-performance programs as the solution for defensive medicine, J.* Health *& Biomedical L.* 2008. 333.

S.L. Cook, *Will Pay for Performance Be Worth the Price to Medical Providers? A Look at Pay for Performance and Its Legal Implications for Providers,* in 16 Ann. Health L. 163. 2003.

A. Merry, A. M. Smith. *L'errore, la medicina e la legge*. A cura di P. Girolami. Ed. it. Milano, 2004.

F. Introna. *Un paradosso: con il progresso della medicina aumentano i processi contro i medici*. Riv. it. Med. Leg., 2001, 886

V. Zeno-Zencovich. *Una commedia degli errori? La responsabilità medica*. Riv. dir. Civ. 2008, 317.

S. Todaro. *Negli ospedali crescono i costi di assicurazione.* Il Sole 24 Ore, Sanità. 11-gennaio 2011.

RINGRAZIAMENTI

Ci teniamo a ringraziare il dott. Maurizio Maggiarotti e la dott.ssa Francesca Moccia per essersi dimostrati disponibili a partecipare al nostro project work, rispondendo alle nostre interviste e fornendoci dati importanti per la compilazione del nostro lavoro.

Vogliamo ringraziare, inoltre la dott.ssa Maria Giulia Marini e la dott.ssa Nicoletta Martone per averci seguito nella fase di progettazione e realizzazione del lavoro e per averci dato interessanti suggerimenti.

Un ringraziamento speciale, infine, va a tutti i nostri “compagni d’avventura” per aver condiviso con noi questa indimenticabile esperienza. Ciascuno a modo suo ha lasciato un segno in ognuno di noi!