

Effetti della medicina difensiva sulla pratica medica e sul processo di cura

La medicina difensiva “negativa” e soprattutto “positiva” è un fenomeno in aumento, dettato dalla paura dei medici e delle strutture sanitarie di un possibile contenzioso legale. In alcuni casi può però divenire un alibi per rinunciare alle decisioni cliniche e quindi alla dignità e all'autonomia professionale

Umberto Genovese
*Coordinatore Laboratorio
 di Responsabilità Sanitaria
 Sezione dipartimentale
 di Medicina Legale
 Università degli Studi di Milano*

Una definizione dell'Office Technology Assessment USA di oltre una quindicina di anni fa già tratteggiava le caratteristiche della medicina difensiva, individuando in questa: *“quell'atteggiamento dei medici caratterizzato o dal prescrivere test/procedure diagnostiche/visite o dall'evitare pazienti/trattamenti ad alto rischio e tutto ciò allo scopo principale (ma non necessariamente esclusivo) di ridurre la propria esposizione al rischio di accuse di malasanità”*. Ma già vent'anni prima erano state esposte le problematiche correlate a tale atteggiamento e i rischi a questo connesso e nel corso degli anni diverse pubblicazioni scientifiche sono apparse sull'argomento. In Italia è relativamente recente uno studio (2010) curato dal Centro Studi “Federico Stella” sulla Giustizia penale e la Politica criminale (CSGP) dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano su proposta e con la consulenza della Società Italiana di Chirurgia (SIC), che conferma l'andamento preoccupante di tale fenomeno nel nostro Paese (il 90.5% dei 1.000 medici intervistati ammette di aver adottato almeno un comportamento di medicina difensiva durante l'ultimo mese di lavoro). A conclusioni analoghe è giunta anche una ricerca nazionale di fine 2010 sulla medicina difensiva, realizzata dall'OMCeO di Roma, estensione a livello nazionale di un'analoga indagine provinciale già realizzata dallo stesso Ordine nel

2008. Dei 2.783 professionisti intervistati, il 53% ha dichiarato di prescrivere farmaci a titolo “difensivo”, percentuale che cresce al 73% riguardo alla prescrizione di visite specialistiche. Percentuali simili si hanno per il ricorso ad esami di laboratorio (71% - 21% del totale) e strumentali (75.6% - 22.6% del totale), mentre si ricorre meno al ricovero ospedaliero (49.9% - 11% del totale).

In questa indagine è stata anche stimata la probabile incidenza economica della medicina difensiva sul Ssn che ha raggiunto una percentuale nell'ordine del 10.5%, con risultati maggiori nel settore sanitario privato (14%), rispetto a quello pubblico (11.8%).

I fattori che incidono sul comportamento dei professionisti della sanità sono dagli stessi ricondotti a diverse e crescenti problematiche, come si evince dal citato lavoro del Centro Studi “Federico Stella” (tabella 1).

Motivazioni sostanzialmente confermate anche nella disamina attuata dall'Ordine dei Medici di Roma: il 78.2% dei medici intervistati si sente più a rischio di denuncia da parte del paziente rispetto al passato, il 68.9% pensa di avere il 30% di probabilità di essere denunciato ed una buona parte (25%) crede che tale percentuale sia addirittura superiore, mentre, soltanto il 6.7% non ha la sensazione di poter correre questo rischio. Oltre alla “pressione” rapportata al paziente, il ricorso alla medicina difen-

Tabella 1

Le motivazioni della pratica "difensiva"

Le motivazioni di questi atteggiamenti sono state rapportate (sia al rischio diretto ed indiretto di *malpractice litigation*)

- dal **69%** al timore di un contenzioso medico-legale;
- dal **50.4%** al timore di ricevere una richiesta di risarcimento;
- dal **50%** all'influenza di precedenti esperienze di contenziosi a carico dei propri colleghi;
- dal **34.3%** a precedenti esperienze personali di contenzioso;
- dal **26.4%** al timore di ricevere una pubblicità negativa da parte dei mass media;
- dal **21.2%** alla preoccupazione di incorrere in sanzioni disciplinari/amministrative (sia ad aspetti direttamente e/o indirettamente correlati all'organizzazione);
- dal **76.1%** al ritenere che una delle cause dei comportamenti difensivi sia l'eccessivo afflusso di pazienti;
- dal **75.4%** al problema alla carenza dei posti letto;
- dal **50.2%** al reputare come significativi gli effetti della stanchezza e della paura di sbagliare.

siva è motivato dal timore indotto dal giudizio dell'opinione pubblica (65.8%), dall'intervento della magistratura (57.9%), dalle esperienze di altri colleghi (48.4%), dalle conseguenze amministrative (43.1%), dalla compromissione della propria carriera (27.8%), dall'interpretazione dei mass media (17.8%), dalla possibilità di perdere i propri pazienti (10.6%) ed ancora dal giudizio negativo dei colleghi (9.6%).

Da tutti gli studi esaminati emerge come il "fattore" contenzioso sia, direttamente e/o indirettamente, la spinta propulsiva maggiore al ricorso a metodiche di medicina difensiva, le quali inducono, in definitiva, il medico a fare quel *quid* in più o in meno per cercare di tutelarsi da un punto di vista "medico-legale". A tale riguardo si deve anche segnalare che non di rado ci si sofferma maggiormente soltanto sull'eccesso di prestazioni (il *quid* in più), che induce ad un più diretto ed evidente incremento della spesa sanitaria non giustificata. Quando i medici eseguono accertamenti/trattamenti

principalmente per ridurre le accuse di malasanità si parla di medicina difensiva positiva (attiva), ma, analogamente, possono essere addirittura evitati determinati pazienti o interventi, così da praticare una medicina difensiva negativa (omissiva). Quest'ultima forma si sostanzia nel non seguire un caso che potrebbe prospettare un rischio di contenzioso, esponendo, tra l'altro, a "tribolazioni" non indifferenti l'eventuale paziente affetto da una patologia "difficile" o ad esito incerto. Talora questa procedura può 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, ...). Il focalizzare l'attenzione su aspetti diversi da quelli della tutela della salute del paziente, d'altra parte, può rischiare di condurre ad aspetti ancor più deviati del sistema Sanità,

ancorando, ad esempio, le scelte che sono compiute in questo primariamente al ritorno economico delle prestazioni, creando una sorta di Sanità "DRGcentrica".

Né, d'altra parte, si può pensare che il comportamento dei singoli non sia influenzato dall'organizzazione in cui essi operano. Se in effetti, come indicato nella Teoria dei Sistemi, "il sistema non si comprende dall'interno, ma dal confronto con il sistema di ordine superiore che lo contiene", non si può fare a meno, affrontando le problematiche connesse con le responsabilità all'interno delle strutture ospedaliere, di prospettare anche quelle correlate al "sistema di ordine superiore", vale a dire il Ssn. Ogni parte del sistema può influenzare il comportamento e in effetti la "struttura" influenza senz'altro la "pratica clinica".

L'ampliamento della "visuale" delle responsabilità per un atto sanitario ospedaliero non può, d'altra parte, sorprendere il "mondo" medico, tenuto conto della sempre più diffusa e consolidata affermazione dell'approccio cognitivo all'errore, su cui si fonda il *clinical risk management*, che impone il passaggio da un approccio prettamente "personale" ad uno di "sistema" in cui si pone l'attenzione sulle condizioni di lavoro degli operatori, cercando di costruire barriere per evitare gli errori o limitarne gli effetti.

Anche le incidenze di "sistemi (ancor più) esterni", in ogni caso, influiscono sull'attività medica, al punto che Fiori qualche anno fa ebbe a coniare l'espressione "Medicina dell'obbedienza Giurisprudenziale", per individuare una tendenza che si colloca accanto alla medicina difensiva - derivando anch'essa dal contenzioso medico-legale - e che si configura come "una sorta di

sindrome di Stoccolma". Proprio a causa di questa si è determinata una *"progressiva accettazione e cristallizzazione di precetti di condotta medica di provenienza giurisprudenziale che spesso non hanno reale fondamento nella scienza e nella prassi medica"*. Tenuto conto di ciò, si ritiene di poter estendere il neologismo di Fiori, modificandone l'aggettivo finale, ad un'altra situazione: la *"Medicina dell'obbedienza Amministrativa"*, riferendosi alla passiva accettazione da parte dei medici di regole contrattuali ed imposizioni organizzative, dettate, appunto, dalle amministrazioni della Sanità (ospedali, aziende sanitarie, governi regionali, etc). I medici *"sono spinti ad una progressiva perdita di coscienza della peculiarità delle proprie competenze e degli obblighi intrinseci alla loro professione, non di rado ad una perdita della propria dignità di professionisti intellettuali, e, intimiditi e suggestionati dai precetti contenuti nelle massime giurisprudenziali (leggasi, in questo caso, nelle regole organizzative/amministrative), tendono a ritenerli dogmi cui è doveroso obbedire"*. E ciò ancor più, per quanto attiene l'ambito amministrativo, in considerazione anche dello sfavorevole momento economico in cui viviamo, che non favorisce prese di posizioni che possano porre a rischio un futuro lavorativo, già di per sé incerto.

Non si può, però, fare a meno di sottolineare, al riguardo, quanto ribadito dal Codice di deontologia medica in merito alla *"difesa dell'autonomia e della dignità professionale"* (artt. 68-70). Ad altri il giudizio sulla conciliabilità tra come dovremo comportarci deontologicamente e come agiamo professionalmente nella quotidianità, anche se non si

può fare a meno di sottolineare che, così come sostenuto nell'appello del 2002 dal direttore di *Lancet* Richard Horton *"i medici non possono più restare in silenzio e lasciare ad un piccolo gruppo di politici dell'ambiente medico il compito di gestire la loro professione. Non possono pensare di avere la fiducia della popolazione o il sostegno dei governi finché non saranno disposti a partecipare al dibattito pubblico sul tipo di società che auspicano per malati e indigenti..."*.

Ritornando alla medicina difensiva positiva (attiva), non sorprende che tale problematica sia valorizzata maggiormente in un momento di chiara difficoltà nell'allocazione delle risorse economiche in Sanità. Ma, pur a fronte di tutto ciò, poco o nulla viene fatto in concreto per valorizzare il senso di responsabilità dei medici, anche riguardo, appunto, al problema dell'allocazione delle risorse in Sanità.

Resta il fatto che è illusorio affidare alle metodiche di medicina difensiva l'onere probatorio del proprio buon operato. In effetti, la congruità di quanto fatto risulta perfettamente documentabile attraverso i mezzi da sempre a disposizione del medico: la cartella clinica, il diario del paziente, il certificato. Soltanto la completa ed esauriente compilazione di questi assume aspetto probatorio del percorso seguito. A posteriori deve essere possibile ricostruire il ragionamento posto in atto dal medico e ciò, di tutta evidenza, risulta senz'altro più agevole attraverso la diretta lettura dello stesso, così come direttamente riportato da chi lo ha posto in essere, piuttosto che mediante una ricostruzione desumibile dalla sola "traccia" prescrittiva. In definitiva, un'accurata cartella clinica non soltanto non rappresenta

una forma di medicina difensiva, ma è lo strumento principale attraverso il quale lasciare una futura memoria di quanto fatto e del perché.

► La cartella clinica

La cartella clinica, in effetti, possiede, giuridicamente, una natura polivalente che dispiega i suoi effetti nel campo del diritto amministrativo, di quello privato, sconfinando di sovente nel diritto penale; in questo senso ben si accorda la definizione di cartella clinica quale *"certificazione amministrativa, alla quale tuttavia è stato riconosciuto un significato probatorio privilegiato rispetto ad altri mezzi di prova"*. La cartella clinica è fonte di dati, e come tale può essere utilizzata per un'analisi dei costi, per valutazioni epidemiologiche, per ricerche-clinico scientifiche, per studi valutativi dell'attività assistenziale, etc..., in effetti *"non ha solo finalità pratiche e statistiche di ordine interno (...), ma consacra una determinata realtà (visite, natura e gravità della malattia, terapie, ecc.) che può essere fonte di diritti ed obblighi per lo Stato e per lo stesso paziente ed ha indubbia funzione probatoria di quella realtà"*.

La cartella clinica è uno strumento fondamentale di giudizio per la valutazione del livello delle prestazioni e della qualità dell'intera struttura ospedaliera. Essa si configura, infatti, quale documento di registrazione importante di un Sistema Qualità basato sul dettato della Norma UNI EN ISO 9001: 2008. Il sistema ISO 9000 è identificato, infatti, come quello cui ispirarsi per erogare cure di qualità da numerose Regioni italiane. La corretta e completa compilazione della cartella clinica occupa, inoltre, un posto preminente sia negli standard della *Joint Commision*,

sia nei programmi delle sanità regionali. Ben si comprende, dunque, come questa debba rispecchiare un agire medico improntato esclusivamente alla diagnosi e alla cura del paziente e non certo alla predisposizione di future difese giustiziarie, che di per sé sosterebbe censure di carattere deontologico, giuridico ed amministrativo (con relative - temibili - conseguenze).

► L'informazione al cittadino

Elemento di non trascurabile importanza, in merito sia al contenzioso, sia al ricorso a metodiche di medicina difensiva, è identificabile anche 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. A riguardo non si può tacere, ad esempio, lo stupore che suscita la divulgazione di dati e statistiche non soltanto sull'errore medico, ma anche sui danni in concreto provocati ai pazienti per colpa professionale e che tendono ad associare due concetti in realtà non necessariamente sovrapponibili (l'errore e la colpa), utilizzando dati non estrapolati da studi osservazionali, bensì da calcoli approssimativi quasi sempre inerenti a realtà nazionali diverse dalla nostra. Detto ciò, bisogna anche considerare il ruolo favorevole della divulgazione inerente alla frequente possibilità dell'errore in Medicina, anzi, si deve rimarcare l'importanza degli studi svolti in tale ambito, i quali, ad esempio, hanno condotto a focalizzare ancora di più l'attenzione sulle categorie degli errori che più frequentemente si registrano in Sanità. Tali studi hanno anche avuto il pregio di sottolineare come non si debba, inoltre, trascurare il fatto

che il cittadino percepisca il *comfort* ambientale, la nostra sensibilità psicosociale e la nostra empatia e solidarietà umana nei confronti dei suoi problemi e dei suoi vissuti di malattia, ancor più della nostra competenza tecnica e professionale. Ma anche i disagi provocati dalle disfunzioni organizzative nei percorsi dell'assistenza contribuiscono ai "sospetti" e alla sfiducia dei cittadini nei confronti del sistema sanitario.

Un rapporto ben instaurato con il paziente aiuterà il medico in quelle decisioni che spesso comportano una perfetta *compliance* con le scelte di vita del paziente. La rilevanza del problema della comunicazione emerge ancor più qualora si consideri la difficoltà dei sanitari a segnalare al paziente il ricorrere di un eventuale errore.

L'approccio "difensivo" si può rilevare in ogni ambito lavorativo-professionale, quindi anche in quello medico-legale. Alla categoria (medicina difensiva) "negativa" è da rapportarsi, in questo ambito specialistico, l'evitare casi "rogiosi" o di "scarso ritorno economico", che porta il Medico Legale (di "esperienza") a prospettare incompatibilità di vario genere (se non, talvolta, di buona fantasia). Alla categoria (medicina difensiva) "positiva" è invece da ricondurre, ad esempio, l'accumulo, in ambito autoptico, di reperti biologici in casi già chiaramente inquadrati da un punto di vista investigativo e con reperti anatomopatologici macroscopici di evidenza diagnostica al tavolo settorio. D'altra parte, vi è più di qualche "addetto ai lavori" che tende a dimenticare che prima di "Legale" viene la parola "Medicina".

Il rischio che più preoccupa, da un punto di vista tecnico-professionale, è però la deriva da un atteggiamento difensivo "puro", unicamente moti-

vato dal timore di future accuse di *malpractice*, ad uno che maschera l'insicurezza o addirittura l'incapacità di ragionamento e di giudizio del medico, il quale demanda in continuazione a terzi o a macchinari il compito di fornirgli conclusioni "preconfezionate", alle quali allinearsi senza alcun sforzo professionale, ed anche senza alcuna responsabilità. Talvolta, il ricorso a metodiche di medicina difensiva, più che a fini strategie prospettiche, pare più semplicemente motivato da una tendenza "dereponsabilizzante" del medico.

Il battere questa strada condurrà inevitabilmente a modificare completamente la professione. Quest'ultima, che è senz'altro tra le più complesse, ma al tempo stesso tra le più ricche di soddisfazioni (anche se ormai non più economiche), si fonda su due cardini importantissimi: l'autonomia e la responsabilità che, così operando, saranno destinati a sgretolarsi, trasformando il medico in un irresponsabile "cacciatore di prove" (specialistiche, laboratoristiche, strumentali), il quale, una volta in possesso di queste ambite prede, non saprà però più cosa farsene, in quanto avrà perso, nel frattempo, l'abilità nel ragionamento clinico ed il coraggio nel raggiungere un giudizio.

Bibliografia disponibile su richiesta

www.qr-link.it/video/1012



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code