

## IL FENOMENO DELLA MEDICINA DIFENSIVA INDAGATO ATTRAVERSO LE RISPOSTE AD UN QUESTIONARIO SOMMINISTRATO AGLI ISCRITTI ALL'OMCEO DI LATINA

YLENIA PETRASSO, COSTANTINO CIALLELLA \*

SAPIENZA UNIVERSITÀ DEGLI STUDI ROMA - FACOLTÀ DI FARMACIA E MEDICINA

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE "E" - POLO PONTINO

### INTRODUZIONE

Secondo l'*Office of Technology Assessment* del Congresso degli Stati Uniti d'America (1994), la "Medicina Difensiva" (MD) si realizza quando il medico ordina esami diagnostici e/o consulenze non necessarie ovvero evita pazienti e/o procedure ad alto rischio per evitare la possibile esposizione ad un eventuale contenzioso.

Una prima analisi sistematica del problema venne affrontata all'inizio degli anni '70 mediante un progetto di ricerca della *Duke University School of Law* (1971), cui seguì un documento ufficiale del *Department of Health, Educational, and Welfare* nel 1973; infine, il tema ebbe la sua maggiore diffusione internazionale mediante un articolo pubblicato su *Science* nel 1978, nel quale uno psichiatra (Tancredi) ed un clinico medico (Barondess) ne illustravano gli aspetti caratterizzanti, i rischi e le problematiche alla comunità scientifica internazionale. Gli Autori concludevano il loro studio affermando che la medicina difensiva non era il problema di base, ma un sintomo di esso, ed individuando nella riforma del sistema di risarcimento del danno da trattamento sanitario il nucleo da risolvere affinché il problema potesse essere superato<sup>1</sup>: la *malpractice crisis* stava interessando in quegli anni gli Stati Uniti d'America e, a distanza di circa un decennio, avrebbe investito anche l'Europa. Tuttavia, pur essendo ormai trascorsi quasi 40 anni dalle considerazioni svolte da Tancredi e Barondess, il problema della riforma del sistema, non solo ai fini del risarcimento ma soprattutto per quanto riguarda l'attribuzione della responsabilità in caso di colpa medica, non è stato in alcun modo affrontato nei paesi di *common law* così come negli ordinamenti di derivazione romano-germanica (fra cui l'Italia).

---

\* Il presente contributo ha costituito l'argomento di discussione della tesi di laurea della Dott.ssa Ylenia Petrasso; entrambi gli Autori desiderano ringraziare il Dottor Giovanni Righetti, presidente dell'OMCEO di Latina, ed i suoi collaboratori per il contributo di fattiva collaborazione e di attenta partecipazione offerti nel condividere, sostenere e partecipare al progetto.

<sup>1</sup> "Finally, it should be emphasized that the defensive medicine issue is not the basic problem, but a symptom of it. The underlying difficulty is the parlous state of our compensation system for medical injury; when this has been addressed comprehensively the problems of defensive medicine will fade".

Eppure il nostro Paese è tra quelli con il più alto numero di medici coinvolti in una richiesta di risarcimento per colpa professionale (dal 1995 al 2010 il numero di sinistri denunciati per anno alle compagnie di assicurazione per responsabilità sanitaria è più che triplicato, da un totale di 9.750 ad uno di 33.682 – ANIA, 2010) ed anche la nazione europea con il più alto numero di sanitari sottoposti a procedimenti penali: entrambi questi fenomeni sono all'origine della MD, quale condotta di "evitamento" a fronte di possibili contestazioni e denunce da parte dei pazienti (o dei loro familiari), che viene attuata in concreto

a) attraverso comportamenti omissivi, nelle situazioni di maggior rischio teorico o concreto (**MD negativa**), ovvero

b) effettuando e prescrivendo trattamenti non necessari, nella maggior parte dei casi finalizzati alla predisposizione di una ipotetica linea difensiva di autotutela (**MD positiva**).

Entrambi i comportamenti producono, di riflesso, un aumento dei costi sanitari che non è possibile stimare in modo accurato, ma che è oggetto di attenzione ricorrente da parte del legislatore, preoccupato dai riflessi strutturali di una spesa sanitaria "fuori controllo".

La crescita esponenziale dei procedimenti giudiziari in materia sanitaria ha, inoltre, generato una "fuga" del personale medico dalle specializzazioni considerate in maggior misura esposte al rischio di errore e, quindi, ad un accertamento in tema di responsabilità (penale, civile ed amministrativa) in ambito sanitario.

Il paziente è sempre più spesso informato in maniera fuorviante sulle possibilità offerte dal continuo progresso della scienza medica e, non avendo una corretta percezione anche dei limiti oggettivi insiti in ogni trattamento sanitario, si crea delle aspettative irrealizzabili, che alimentano la pretesa di un "diritto" alla guarigione (e non alla tutela della salute, come previsto e garantito dalla norma costituzionale). Inoltre, il sentimento di diffidenza e di rivendicazione del paziente nei confronti della sanità è, spesso, alimentato dall'eccessivo allarmismo mediatico nei casi di cronaca concernenti la *medical malpractice*.

Un aspetto peculiare del problema è rappresentato dall'attuale tendenza a ridurre e semplificare il più possibile i tempi "morti" dell'attività medico-chirurgica, attraverso regimi di *day-hospital*, *day-surgery*, chirurgia ambulatoriale e mini-invasiva: si tratta di attività che, se da una parte ridimensionano la spesa pubblica e riducono i rischi connessi alla prolungata ospedalizzazione, dall'altra diminuiscono, di fatto, il tempo di "contatto" tra medico e paziente e, quindi, la possibilità di instaurare un concreto e fattivo rapporto interpersonale: in generale la "crisi" nella relazione tra medico e paziente risulta essere il *trigger* all'origine di un gran numero di azioni giudiziarie.

L'aumento del contenzioso genera un senso di sovraesposizione nel medico, che è alla base della MD, al quale il sanitario reagisce attraverso una iperproduzione di atti sanitari, come esami diagnostici inutili, ovvero eccesso di formalismi nei modelli di consenso informato o in altri atti sanitari (le verbalizzazioni di esami diagnostici, fra gli altri), finalizzati più alla ricerca di una "protezione" da eventuali contestazioni per responsabilità che alla effettiva annotazione di informazioni utili per la tutela della salute del paziente.

La prima, ovvia ed immediata conseguenza della MD è rappresentata dalla continua crescita dei costi del sistema; la spesa generata dalla MD, riferita a tutti i medici pubblici e privati, sarebbe corrispondente a circa l'11% della spesa sanitaria totale; la pratica conduce anche a ripercussioni economiche indirette, attraverso l'aumento dei premi assicurativi e, di conseguenza, a rapporti "difficili" del medico con le società di assicurazioni, determinati dalle sempre meno favorevoli condizioni contrattuali e assuntive del rischio, attuate dalle imprese ancora presenti sul mercato della responsabilità sanitaria. È un problema che assilla soprattutto quelle discipline sanitarie (ginecologia, ortopedia, chirurgia estetica, tra le altre) particolarmente "a rischio", per le quali il costo di un contratto assicurativo può raggiungere importi economici rilevanti e spesso troppo onerosi per il medico.

## **MATERIALI E METODI**

Il campione indagato era costituito dai sanitari iscritti all'Ordine Provinciale dei Medici e degli Odontoiatri di Latina, ai quali è stato inviato via mail un questionario mediante la somministrazione del quale si intendeva accertare la prevalenza degli atteggiamenti "difensivi" nella pratica medica per comprendere quali fattori spingano i medici a modificare in tale direzione il proprio operato professionale, delineandone le dimensioni, le variabili correlate e le possibili azioni da intraprendere per contenerne il fenomeno.

Il sondaggio era composto da sedici domande ed articolato in tre sezioni (dati anagrafici, posizione assicurativa, tipologia e motivazione all'origine della MD) ed è stato somministrato al campione dal 10 settembre al 27 settembre 2015, mediante invio per posta elettronica escludendo, oltre agli odontoiatri, gli specialisti in formazione, ai quali, per disposizione di legge, non competono attività prescrittive di natura diagnostica e/o terapeutica. Nel periodo considerato è stato inviato un sollecito alla risposta, sempre via mail.

L'elaborazione dei dati è stata effettuata a cura di Network Consulting srl.

## RISULTATI

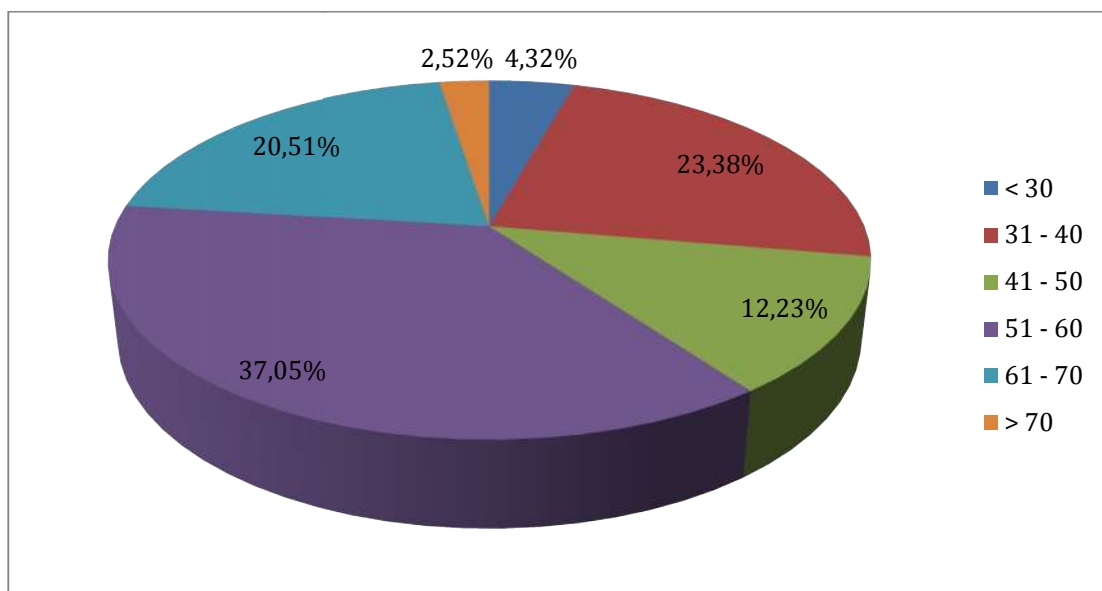
Abbiamo ottenuto 278 risposte su un totale di 2639 mail inviate. Il tasso di risposta è stato, quindi, del 10,53 %.

Di seguito si riportano i risultati ottenuti alle domande contenute nel questionario.

### I. Dati anagrafici.

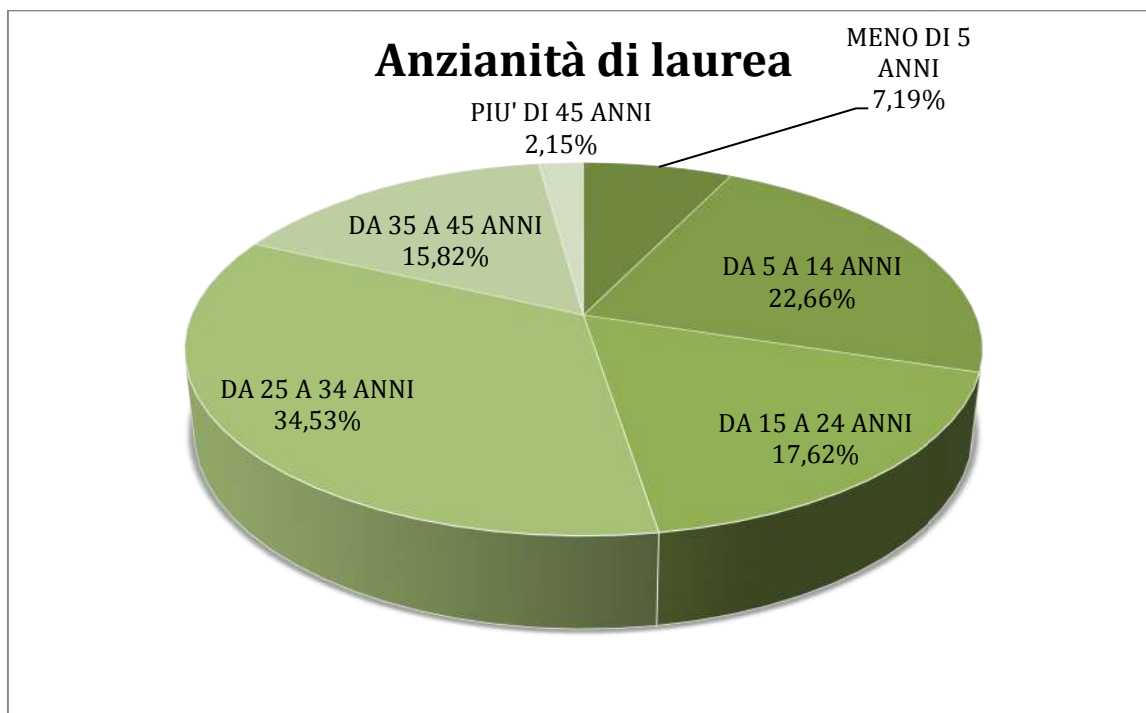
Dei 278 iscritti all'ordine che hanno risposto alla nostra indagine, il 65,47% sono uomini e il 34,53% donne.

La fascia d'età più rappresentata è risultata essere quella dai 51 a 60 anni (37,05%) seguita dai giovani medici, di età compresa tra 30 e 40 anni (23,38%) e, con valore sovrapponibile, dalla fascia dai 60 anni in su (23,03%): in generale, quindi, possiamo dedurre una sensibilità maggiore per l'argomento tra i sanitari più anziani, assumendo un periodo di esercizio professionale coerente con l'età anagrafica; in ogni caso la distribuzione è stata relativamente omogenea ed indica un profondo interesse per l'argomento trattato; i minimi, infatti, si registrano solo nelle due estremità anagrafiche del campione che, del resto, sono anche quelle con minore rappresentatività fra gli iscritti all'ordine, corrispondenti all'epoca di sospensione dell'attività (> 70 anni) ed a quella di inizio (< 30 anni), nella quale la maggior parte dei medici è ancora impegnata nel percorso formativo.



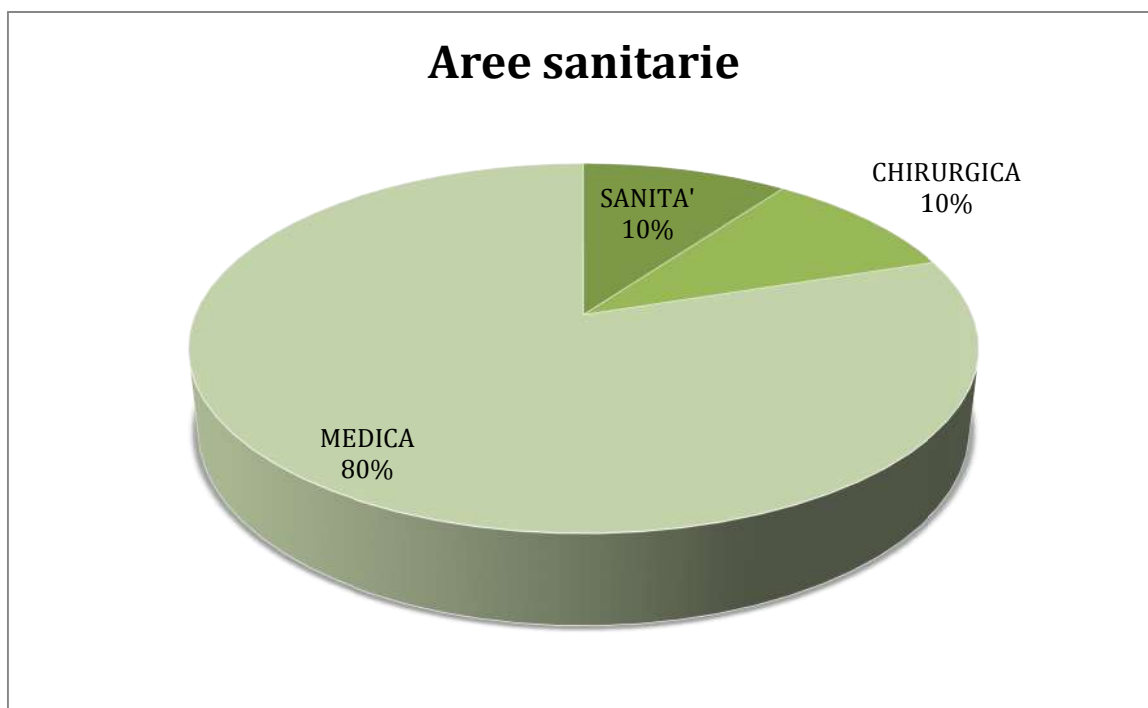
Anche per le risposte alle domande che indagavano l'anzianità di laurea e quella di specializzazione si registra una prevalenza di distribuzione fra le classi con maggiore anzianità di esercizio professionale: il 34,53% dei medici che hanno risposto era in

possesto del titolo da un periodo di tempo compreso fra 25 e 34 anni ed un analogo intervallo di esercizio in ambito specialistico caratterizzava il 27,10% dei Colleghi che hanno inviato le risposte al questionario.



Anche per queste due domande, tuttavia, le percentuali di risposta nelle varie classi anagrafiche risultavano abbastanza omogenee e coerenti con la distribuzione per fasce d'età degli iscritti all'Ordine.

Ai Colleghi che hanno risposto è stata chiesta anche il tipo di specializzazione posseduta; in considerazione della molteplicità dei vari indirizzi abbiamo, quindi, raggruppato le risposte in tre macro-aree: medica, chirurgica e di sanità pubblica. Si rileva una netta prevalenza dell'area medica (80%), seguita dall'area chirurgica (10%) e da quella della sanità pubblica (10%): anche questo risultato è, in gran parte, "atteso", qualora si consideri che nella prima delle tre aree (quella medica) opera la maggior parte dei sanitari impegnati in attività di prescrizione farmaceutica e di definizione diagnostica al di fuori delle strutture ospedaliere.

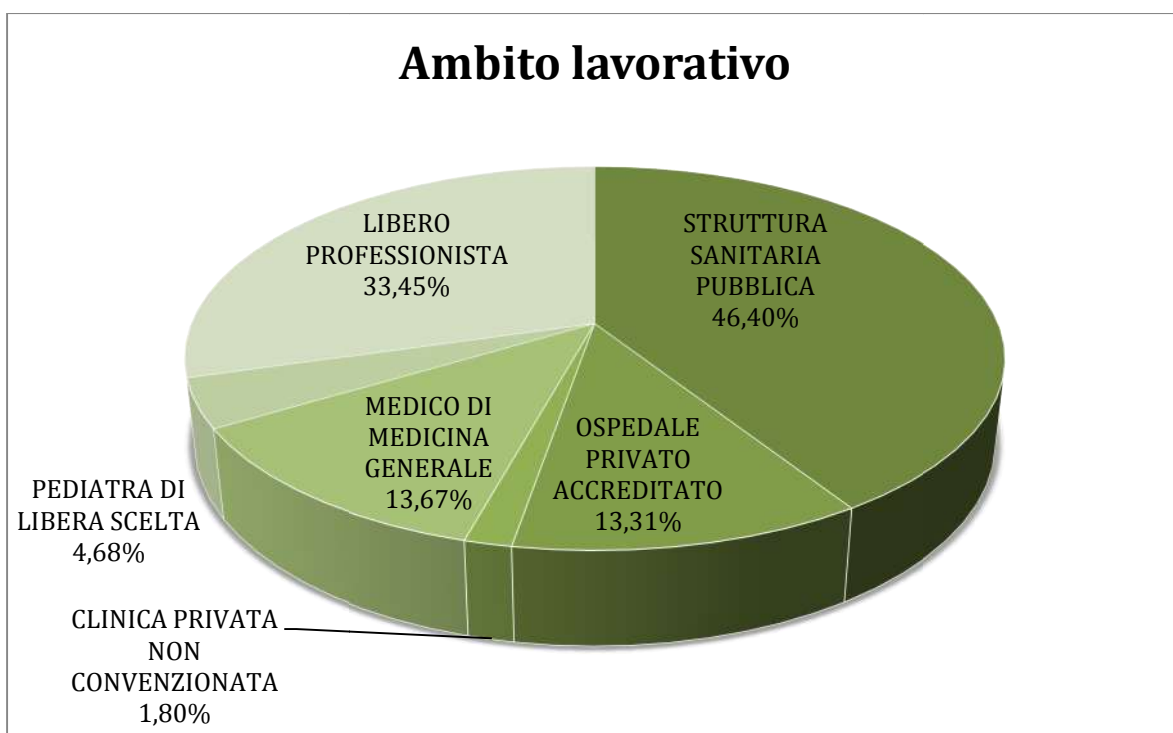


Di seguito le specializzazioni più rappresentate, che sono risultate essere:

- Medicina interna, 8,27%
- Pediatria, 7,91%
- Odontoiatria, 7,19%
- Malattie dell'apparato Cardiovascolare, 6,12%
- Anestesia e Rianimazione, 5,40%
- Ginecologia e Ostetricia, 5,40%
- Chirurgia generale, 5,04%
- Ortopedia e Traumatologia, 4,68%.

Le specializzazioni prevalenti nel nostro campione sono rappresentative di quelle aree assistenziali che, più delle altre, risentono della crisi indotta nella classe medica dall'eplosione della responsabilità sanitaria e che, quindi, dichiarano di ricorrere più spesso alla MD (ginecologia e ostetricia, ortopedia e traumatologia, emergenze medico-chirurgiche, chirurgia).

Per quanto concerne l'ambito lavorativo, nel 46,40% si tratta di sanitari appartenenti ad una struttura sanitaria pubblica mentre i medici liberi professionisti costituiscono il 33,45% del totale. Per quanto riguarda le altre categorie, solo pochi medici operano presso una clinica privata non convenzionata con il SSN (l'1,80% del campione), mentre i rimanenti rappresentano le diverse categorie di medici "prescrittori": pediatri di libera scelta, (4,68 %), medici di medicina generale (13,67%) e medici che operano in una struttura sanitaria convezionata con il SSN (13,31%). La percentuale complessiva di queste ultime 3 categorie, pari al 31,66%, è, quindi, rappresentativa delle varie categorie di medici che operano in regime di convenzione con il SSN.



## **II. Posizione assicurativa.**

Alla domanda "Possiede una assicurazione di responsabilità civile in ambito professionale?" l'82,55% dei sanitari intervistati ha risposto "sì": la percentuale è significativa e rappresenta un indicatore del ricorso ormai sistematico da parte della classe medica ad un "antidoto" elettivo delle eventuali conseguenze risarcitorie della

responsabilità per comportamento colposo, quale la stipula di un contratto di assicurazione a copertura dei rischi inerenti l'esercizio professionale.

Ricordiamo come la riforma di tutti gli ordinamenti professionali, attuata con Legge 14/11/2011, n. 148 aveva previsto (con il relativo Regolamento emanato con DPR n. 137 del 7 agosto 2012) l'obbligo di copertura assicurativa sui medici, così come su ogni altro professionista<sup>2</sup>. In seguito sono intervenute ulteriori precisazioni sia da parte del Ministero della Salute sia in sede di riforma della pubblica amministrazione (DL 90/2014); in particolare il Ministero ha precisato che nessun obbligo grava sugli specialisti in formazione (ai sensi del D.Lgs. 368/99) essendo titolari di un contratto di formazione "finalizzato solo ad acquisire le capacità inerenti al titolo di specialista", mentre l'attività assistenziale da loro esercitata è funzionale alla acquisizione progressiva delle competenze previste dall'ordinamento didattico della scuola; tale obbligo non grava neppure sui medici dipendenti del SSN ovvero in rapporto di convenzione, come è stato chiarito in seguito al momento della conversione del DL 90/14 nella legge 114/2014.

Pur considerando l'assoluta prevalenza di queste due ultime categorie nel campione (medici dipendenti del SSN ovvero che operano in regime di convenzione - pari al 59,71% complessivo) più di 4 medici su 5 posseggono una polizza di assicurazione: sul punto è necessario precisare che i medici dipendenti del SSN (o equiparati) in genere optano per un prodotto assicurativo che opera solo in caso di risarcimento che sia maggiore del massimale assicurato con polizza autonoma dall'Ente di appartenenza ovvero in caso di insolvenza del medesimo (c.d. polizza di "secondo rischio").

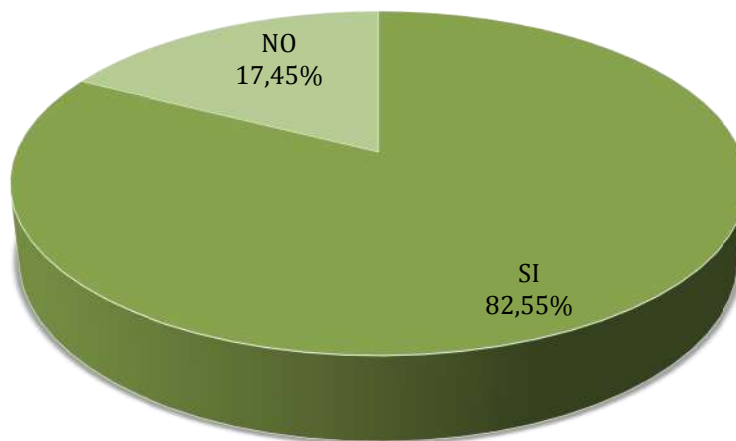
Infatti, il principio generale di tutela risarcitoria per il danno cagionato dai pubblici dipendenti vige anche per il personale sanitario dipendente dal SSN e, quindi, in caso di danno da risarcire la struttura pubblica è tenuta al risarcimento integrale, salvo poi rivalersi sul pubblico dipendente in caso di dolo o colpa grave. L'ambito di operatività di queste polizze è, quindi, ben delimitato e per questo esse comportano, in genere, un premio di entità minore fra quelli indicati nella domanda successiva, relativa ai costi del premio assicurativo.

---

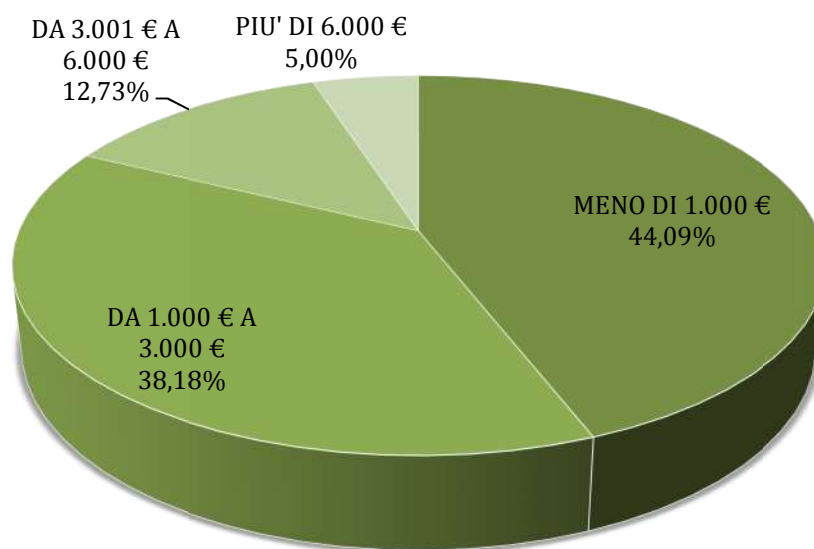
<sup>2</sup> L'art. 5 del DPR 137/2012 così recita: "Obbligo di assicurazione - 1. Il professionista e' tenuto a stipulare, anche per il tramite di convenzioni collettive negoziate dai consigli nazionali e dagli enti previdenziali dei professionisti, idonea assicurazione per i danni derivanti al cliente dall'esercizio dell'attività professionale, comprese le attività di custodia di documenti e valori ricevuti dal cliente stesso. Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza professionale, il relativo massimale e ogni variazione successiva. 2. La violazione della disposizione di cui al comma 1 costituisce illecito disciplinare. 3. Al fine di consentire la negoziazione delle convenzioni collettive di cui al comma 1, l'obbligo di assicurazione di cui al presente articolo acquista efficacia decorsi dodici mesi dall'entrata in vigore del presente decreto".



## Posizione assicurativa responsabilità professionale



## Costi premio assicurativo annuale

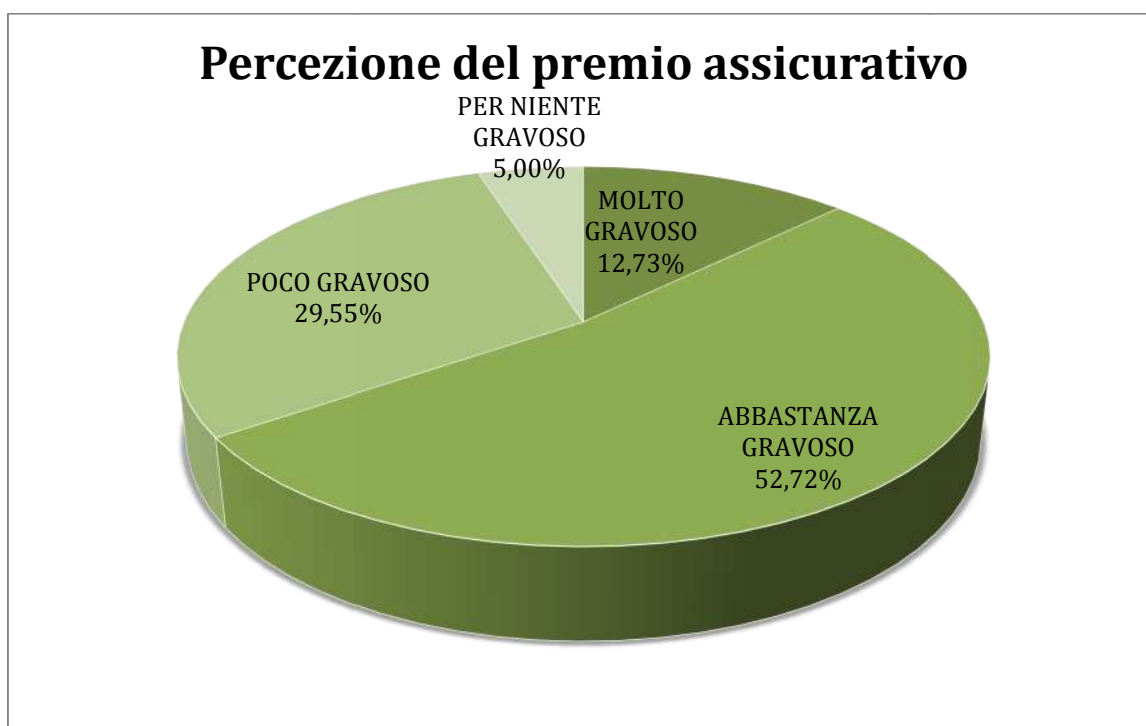


Si tratta, in generale, di somme significative: se la maggior parte dei medici paga, infatti, un premio annuale inferiore ai 1000 euro (44.09%), il rimanente 56% circa si distribuisce entro fasce di costo comunque rilevanti. I Colleghi che pagano un premio compreso tra i 1000 e i 3000 euro sono infatti il 38.18%, il 12.72% deve, invece, far fronte

a un premio compreso tra 3000 e 6000 e il 5% (percentuale non trascurabile) paga un premio che supera i 6000 euro.

La domanda successiva era tesa ad accertare come tale onere economico fosse soggettivamente vissuto dal sanitario e se, ed in quale misura, il medico fosse soddisfatto della protezione fornita dal contratto assicurativo stipulato.

Il premio è percepito come gravoso dall'assoluta maggioranza dei medici rispondenti (65.47 %): in particolare il 12,75% lo ritiene molto e il 52.75% lo definisce abbastanza gravoso. In buona sostanza, integrando i due dati (sottoscrizione di polizza di assicurazione e percezione del relativo premio) si delinea il quadro di un prodotto al quale il medico si vede "costretto" a ricorrere in funzione del rischio che percepisce nel suo esercizio professionale.

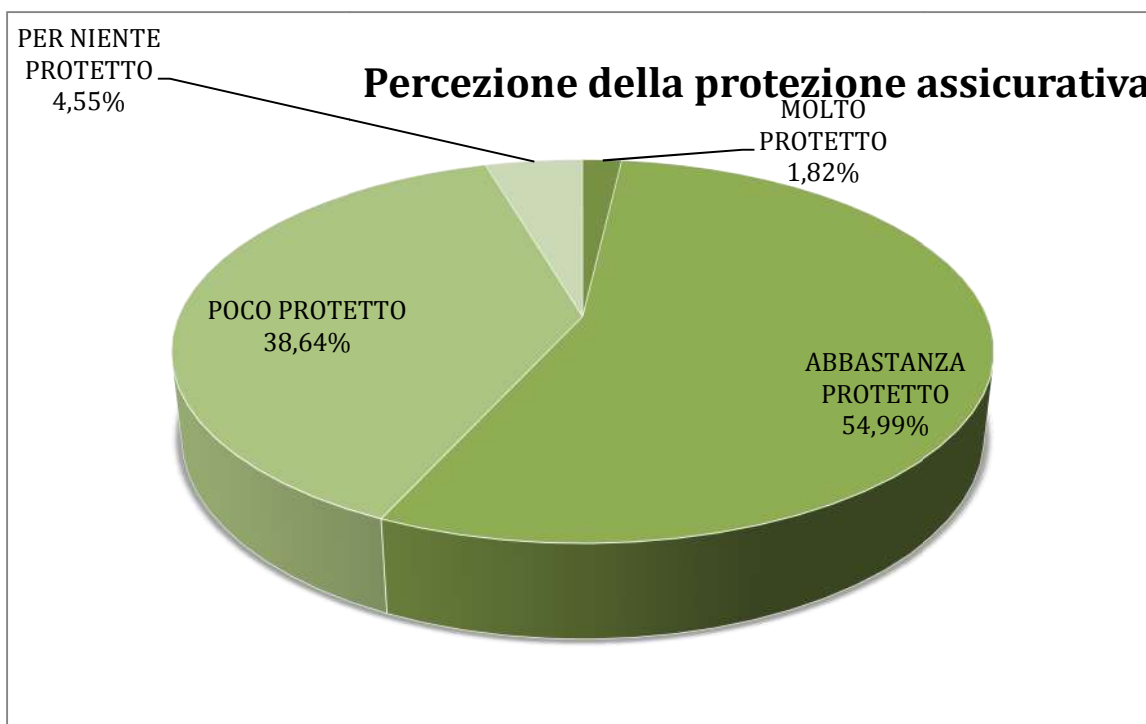


Era quindi interessante chiedere al campione che possiede una polizza (che percepisce comunque in assoluta prevalenza come onerosa) se, ed in quale misura, la ritenesse utile per svolgere la sua attività in modo più sereno.

Gli iscritti sono stati, quindi, interrogati anche sulla percezione del grado di protezione che la propria polizza assicurativa garantisce loro.

Più della metà degli intervistati (56,81%) è soddisfatto del contratto di assicurazione stipulato; tuttavia una percentuale inferiore di Colleghi, ma affatto trascurabile (43,19%) dice di sentirsi comunque poco, o per niente, protetto dalla propria polizza di RC professionale.

Alcune riflessioni su questo aspetto della crisi della responsabilità medica. In primo luogo, è evidente che il prodotto, percepito come gravoso, non riesce a soddisfare appieno l'esigenza di tutela che il sanitario ritiene necessaria per un sereno esercizio professionale. In generale, infatti, senza entrare in tecnicismi relativi alla tipologia di prodotto assicurativo, la vigenza di una polizza di copertura della responsabilità civile non dovrebbe accompagnarsi con un grado di insoddisfazione del prodotto così elevato da interessare quattro sanitari su dieci: è evidente che il problema della MD non trova una soluzione nel solo sollievo dall'eventuale risarcimento, garantito con la copertura assicurativa, ma ha aspetti più variegati, di maggiore portata e con impatto più penetrante rispetto al quotidiano operare del medico.



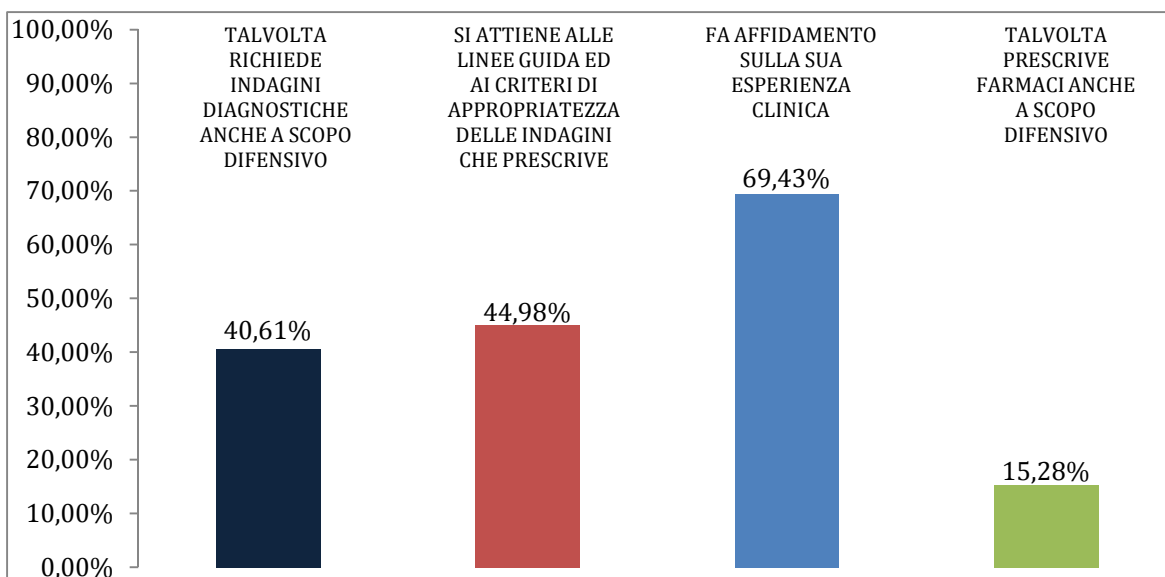
### **III. Medicina Difensiva.**

La prima domanda della sezione riguardava le motivazioni che sono alla base della prescrizione di un farmaco e/o di una indagine diagnostica: era un quesito di carattere generale articolato con opzioni di risposta tese a delineare due scenari antitetici: l'uno riferibile ad una buona pratica clinica e l'altro che individuava, invece, elementi di MD alla base del comportamento del medico. L'intervistato poteva indicare più opzioni.

Il 44,98% degli intervistati prescrive attenendosi alle linee guida ed ai criteri di appropriatezza; mentre una percentuale ancora maggiore, il 69,43%, fa affidamento alla propria esperienza clinica; tuttavia, il 15,28% ha ammesso di prescrivere, talvolta, farmaci

anche a scopo difensivo ed il 40,61% di richiedere indagini diagnostiche con lo stesso scopo.

Vi è, quindi, una assoluta prevalenza di sanitari che indicano criteri adeguati per orientare le scelte prescrittive, rappresentate sia dalla personale esperienza clinica sia nei criteri di appropriatezza contenuti nelle linee guida. Di fronte ad una domanda diretta, quindi, il *core* delle risposte fornite è del tutto rassicurante e conferma l'assoluta prevalenza, nella classe medica, di comportamenti riferibili ad una buona pratica clinica; tuttavia, la numerosità di Colleghi che adottano comportamenti difensivi non è trascurabile sia nelle prescrizioni farmacologiche sia, soprattutto, nella richiesta di indagini diagnostiche.



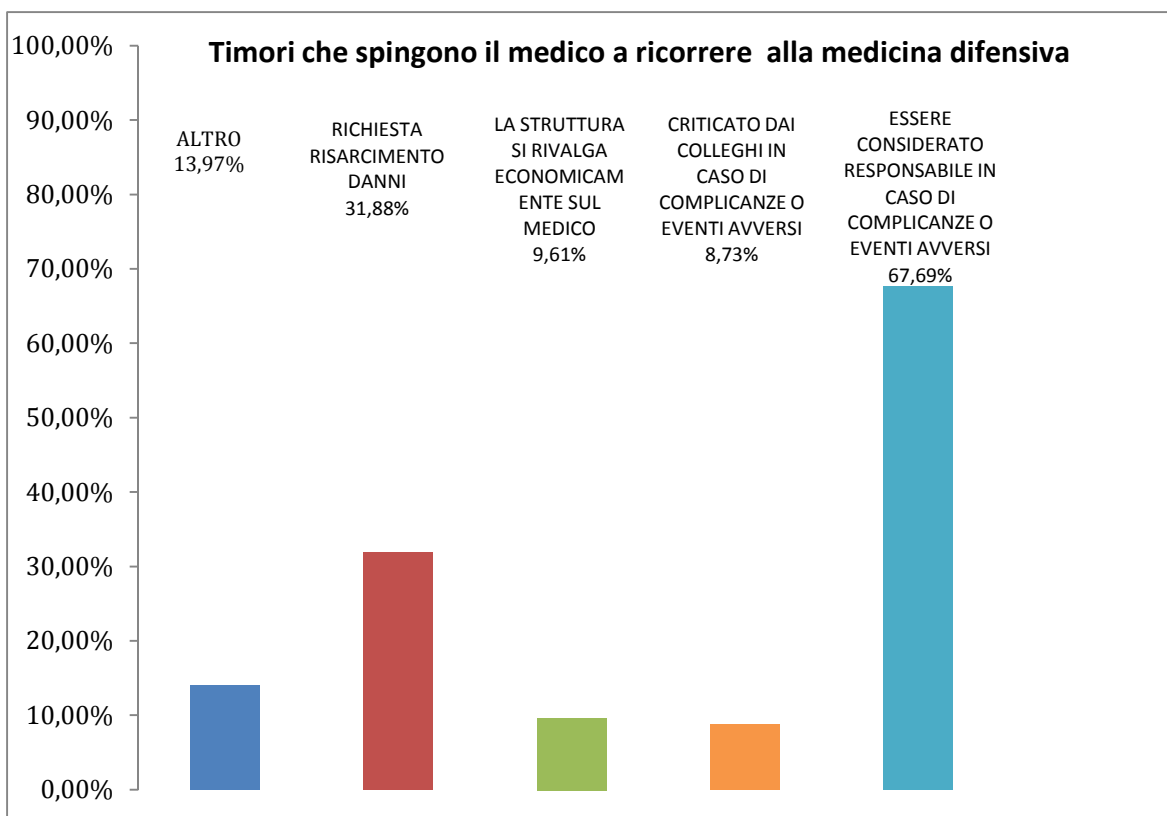
L'eccessivo ricorso alle indagini strumentali per definire il percorso diagnostico, infatti, identifica un comportamento tipico della MD, rappresentato dalla documentazione immotivata del processo attuato dal medico, che viene ricercata come sostegno dell'attività svolta attraverso un esame (il referto radiografico, ad esempio) che produrrà un risultato inutile, quando fondato su di un presupposto accertativo privo di motivazione clinica e, quindi, produttivo di conoscenze semeiologiche già disponibili ovvero scontate.

Nella seconda domanda venivano indagati i fattori che spingono il medico a ricorrere a comportamenti inquadrabili nella MD. Anche in questo caso potevano essere indicate più opzioni.

Il timore di essere considerato responsabile dai pazienti in caso di complicanze avverse (67,69%) e il timore di una richiesta di risarcimento danni (31,88%) sono i due fattori che più degli altri portano il medico a prescrizioni difensive: le due risposte al

quesito, dietro un'apparente omogeneità di estensione (che ad un esame superficiale poteva farle ritenere del tutto sovrapponibili, essendo entrambe declinate sul principio della responsabilità), volevano invece deoinciare due momenti distinti del processo.

In effetti, il medico tende a "difendersi" in primo luogo dal paziente (e dai suoi familiari), piuttosto che dalle conseguenze economiche ed è questo profilo di immediatezza che rende il problema della MD così attuale: nel rapporto immediato e diretto lo "spettro" della valutazione della condotta, da parte della persona che si rivolge al medico, è fattore che denatura in modo sostanziale la qualità del rapporto medico/paziente.



Abbiamo anche analizzato la risposta "altro" estrapolando i dati; tra le risposte più interessanti:

- spesso perché sollecitato dai pazienti stessi o dal loro medico di famiglia;
- per il pericolo di una valutazione negativa della capacità professionale;
- per il timore che il paziente cambi medico;
- per le conseguenze legali;

- per il “*pressing*” da parte dei parenti del paziente;
- per dare soddisfazione al cliente ed evitare successive critiche in particolare dagli avvocati;
- per il timore che il paziente pensi che il medico non abbia fatto abbastanza.

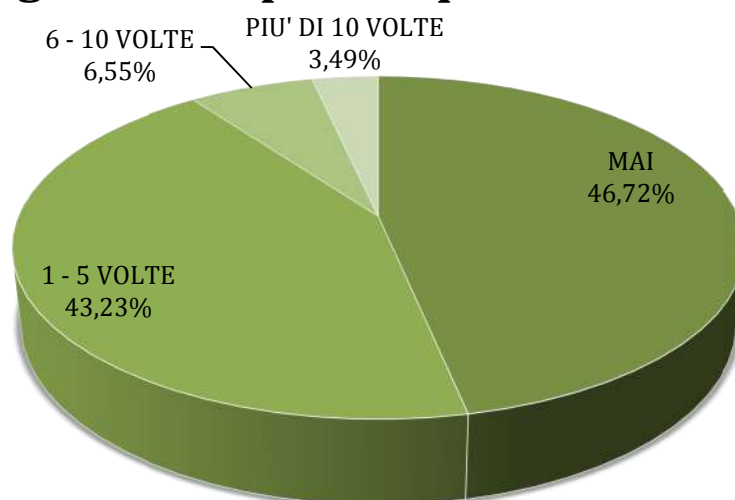
La domanda successiva si concentra sulla frequenza degli atteggiamenti difensivi più diffusi messi eventualmente in atto da sanitari nell'ultimo mese. Per ogni atteggiamento indagato era richiesto di scegliere fra diverse opzioni di frequenza in caso di risposta affermativa (1-5 volte, 6-10 volte, più di 10 volte). La domanda era formulata come segue: “Durante l'ultimo mese di lavoro, quante volte ha compiuto azioni come quelle sotto riportate?”

I comportamenti che venivano indagati corrispondevano ai diversi aspetti che caratterizzano la MD:

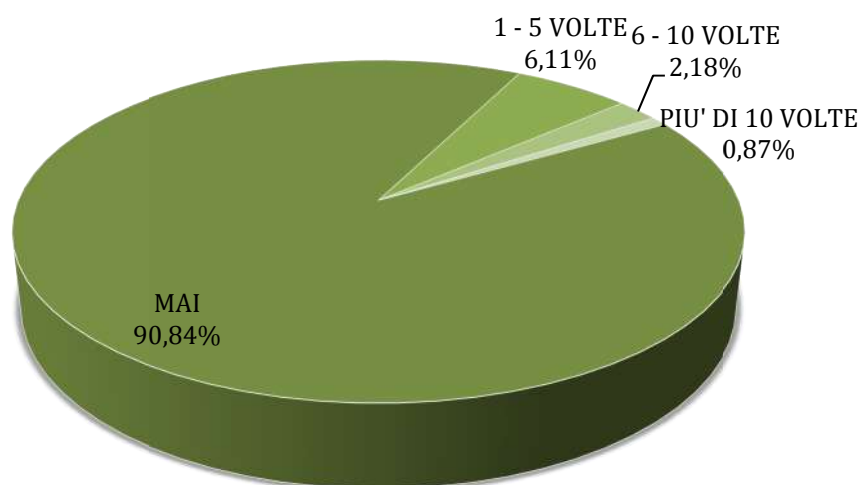
- prescritto un numero maggiore di esami diagnostici rispetto a quello necessario;
- richiesto procedure invasive non necessarie (per es. biopsia);
- prescritto trattamenti non necessari;
- prescritto farmaci non strettamente necessari;
- accettato/proposto il ricovero di un paziente in ospedale, anche se le condizioni avrebbero consentito una gestione ambulatoriale;
- chiesto un consulto specialistico non necessario;
- scritto in cartella clinica annotazioni evitabili se non fosse stato preoccupato per possibili problemi medico-legali;
- evitato procedure diagnostiche o terapie rischiose su pazienti che avrebbero potuto averne beneficio;
- escluso pazienti a rischio da alcuni trattamenti.

A seguire le risposte fornitedal campione.

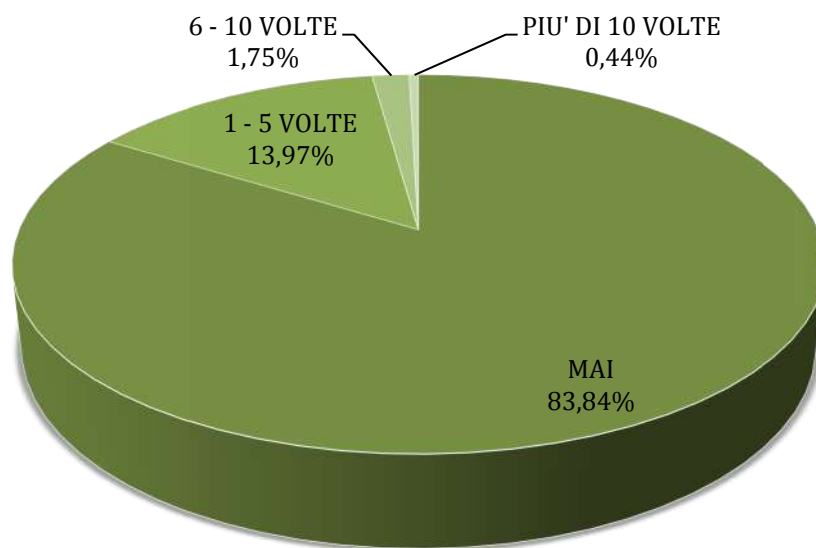
## Prescritto un numero maggiore di esami diagnostici rispetto a quello necessario



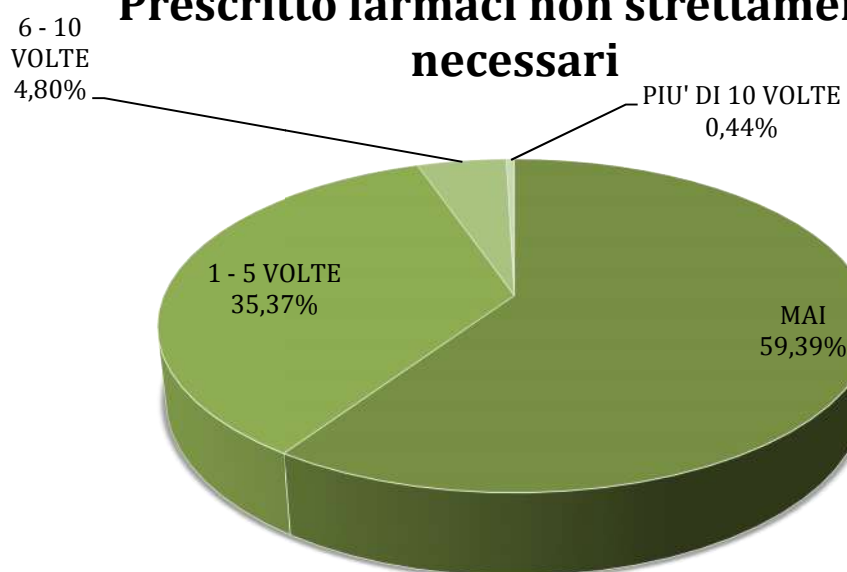
## Richiesto procedure invasive non necessarie



### Prescritto trattamenti non necessari

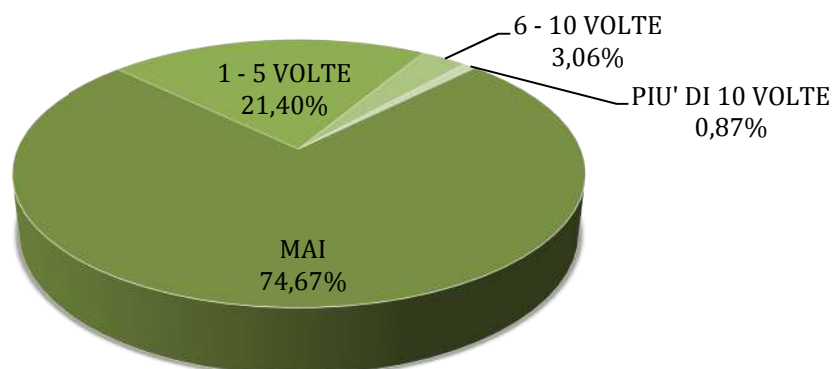


### Prescritto farmaci non strettamente necessari

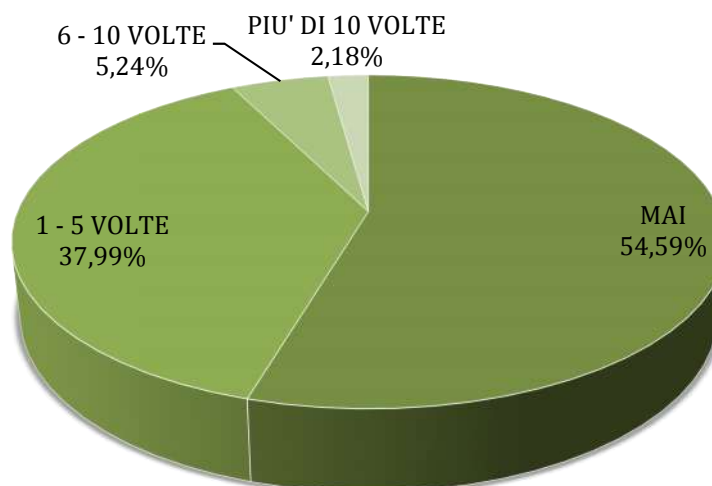




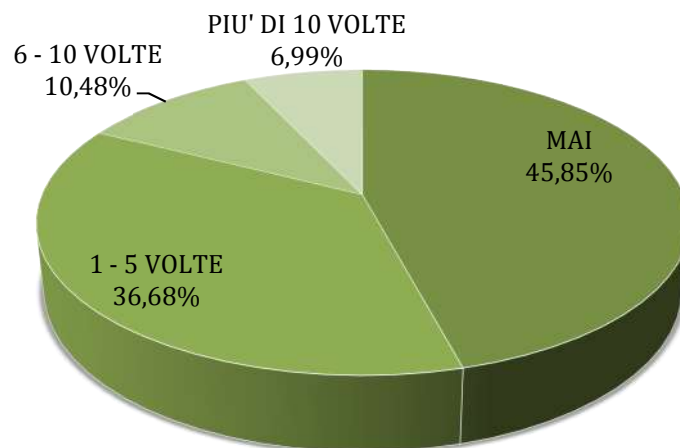
**Accettato / proposto il ricovero di un  
paziente anche se le condizioni  
avrebbero consentito una gestione  
ambulatoriale**



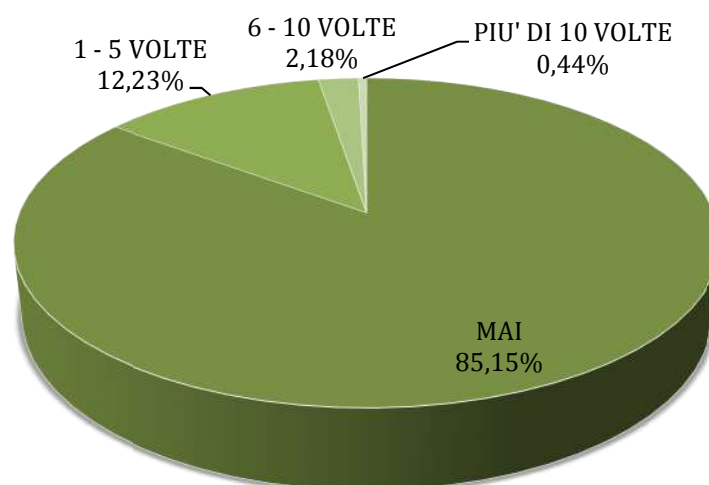
**Chiesto un consulto specialistico non  
necessario**



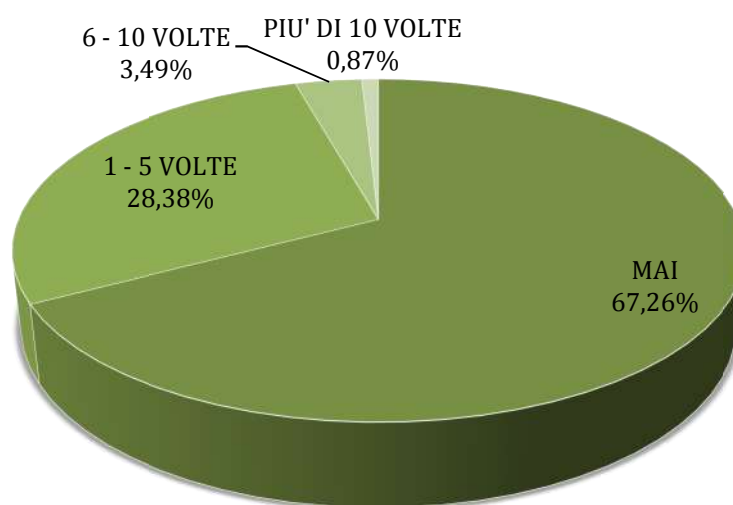
**Scritto in cartella clinica annotazioni evitabili se non fosse stato preoccupato per possibili problemi medico-legali**



**Evitato procedure diagnostiche o terapeutiche rischiose su pazienti che avrebbero potuto averne beneficio**



## Escluso pazienti a rischio da alcuni trattamenti



Sebbene la risposta “mai” sia quella che ha sempre ottenuto le percentuali maggiori, qualunque fosse il comportamento indagato, non è di poco conto analizzare le percentuali delle risposte affermative, considerando la tipologia di domande proposte, che comunque rinviavano a modelli di comportamento chiaramente difensivistici.

Alcuni dati: nell’intervallo di frequenza da 10 a 5 volte il 43,23% degli iscritti all’Ordine da noi intervistati ha affermato di “aver prescritto un numero maggiore di esami diagnostici”, il 37,99% di “aver chiesto un consulto specialistico non necessario”, il 36,68% “ha scritto in cartella clinica annotazioni evitabili se non fosse stato preoccupato per possibili problemi medico-legali” e il 35,37% “ha prescritto farmaci non strettamente necessari”. Percentuali minori, per gli stessi *item*, si osservano nelle frequenze da 6 a 10 volte ed ancora decrescenti quando il comportamento indagato supera le 10 ricorrenze.

Questo primo spettro di comportamenti indagati rientrano a pieno titolo fra quelli “tipici” della MD, più noti anche attraverso la diffusione mediatica e raccolgono percentuali di risposta comunque rilevanti, in considerazione dell’immediato riflesso sulle dinamiche della spesa sanitaria che il comportamento, nella sua entità, può determinare.

Per altre condotte sanitarie appare necessario un commento particolare: in considerazione della peculiarità della condotta indagata e/o delle sue conseguenze le percentuali di risposte affermative sono da considerare “allarmanti” in sé, al di là della consistenza numerica. Sono le domande che riscuotono il numero minore di risposte affermative, tuttavia esse identificano i capitoli di maggiore criticità nell’ambito della

medicina difensiva: quasi 1 medico su 10 ha richiesto, nell'ultimo mese, una biopsia non necessaria, circa il 15% del campione ha evitato una procedura potenzialmente di beneficio ma rischiosa per il paziente e più di 1 medico su 3 ha scelto di non somministrare trattamenti necessari a pazienti a rischio.

Questi scenari sono da considerare con attenzione: sottoporre il paziente ad accertamenti invasivi e potenzialmente "pericolosi", quale una procedura bioptica, senza che vi sia una chiara indicazione clinica ovvero, più in generale, attuare condotte di evitamento a fronte di procedure indicate sul piano clinico ma gravate da un possibile rischio per il paziente ed, infine, scegliere di non curare in modo appropriato determinati pazienti in funzione di una situazione clinica potenzialmente pericolosa: si delinea uno scenario variegato di comportamenti censurabili, per fortuna non consistente nella sua numerosità ma che va indagato e considerato con attenzione, essendo una estensione preoccupante dei comportamenti deresponsabilizzanti che caratterizzano il quadro della MD.

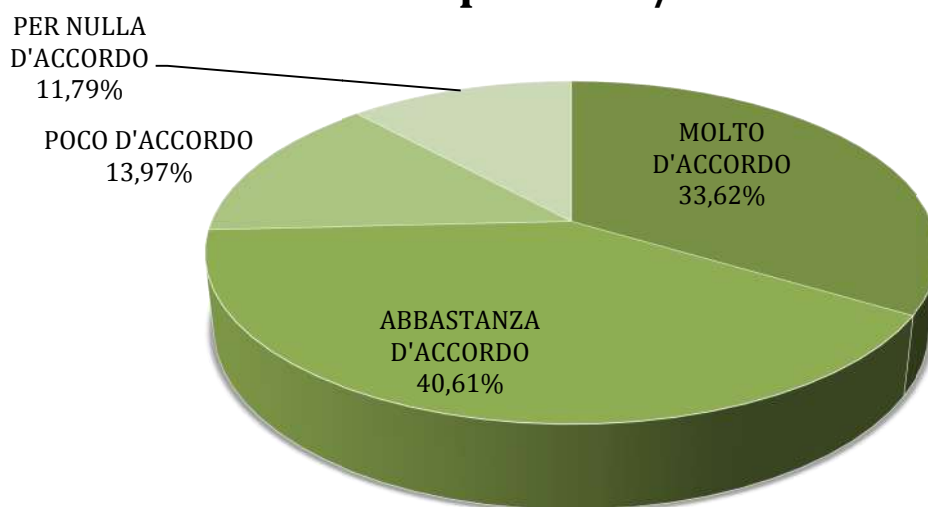
Con la quarta domanda, fra quelle previste nella sezione sulla MD, veniva chiesto quali fossero stati i fattori influenti sui comportamenti difensivi indicati in precedenza, per ogni fattore era necessario indicare un'opzione (molto d'accordo, abbastanza d'accordo, poco d'accordo, per nulla d'accordo).

La domanda era formulata come segue. "Quali fattori hanno influito sui comportamenti sopra indicati? Risponda esprimendo il suo grado di accordo/disaccordo con le seguenti affermazioni":

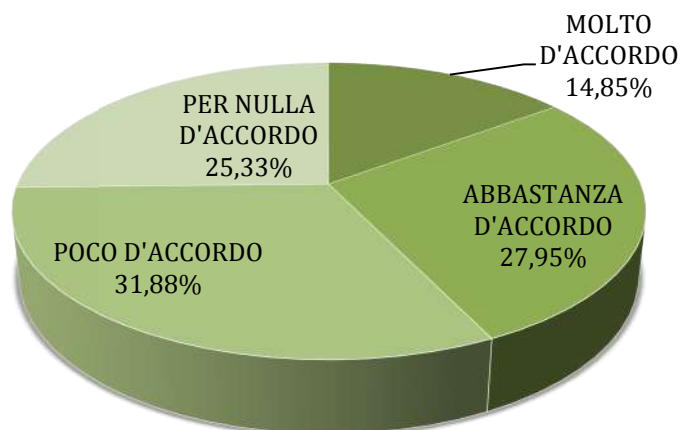
- timore di un contenzioso medico-legale in caso di complicanze/eventi avversi;
- timore di pubblicità negativa, perdita di immagine, in caso di complicanze/eventi avversi;
- precedenti esperienze personali di contenziosi medico-legali;
- precedenti esperienze di contenziosi medico-legali a carico di un suo collega;
- timore per le conseguenze psicologiche di un contenzioso medico-legale.

A seguire i dati corrispondenti.

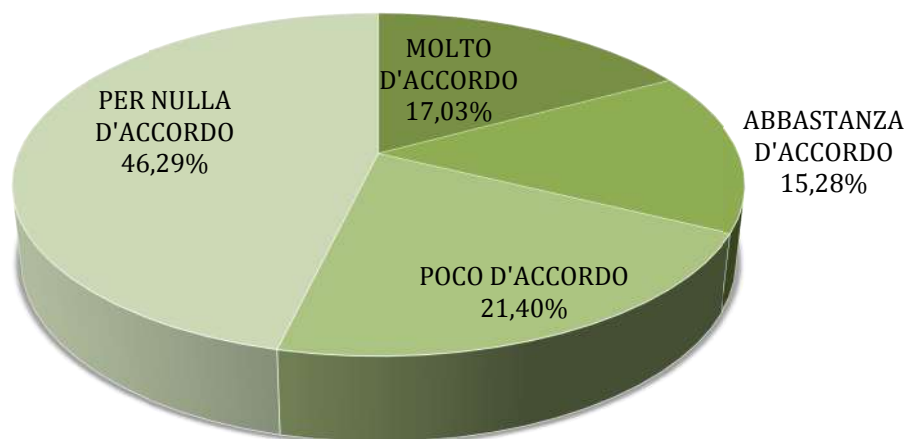
## Timore di un contenzioso medico-legale in caso di complicanze / eventi avversi



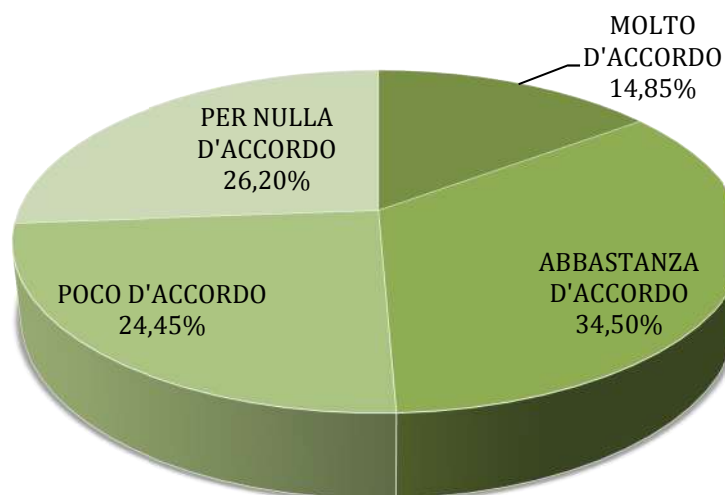
## Timore di pubblicità negativa, perdita di immagine, in caso di complicanze / eventi avversi



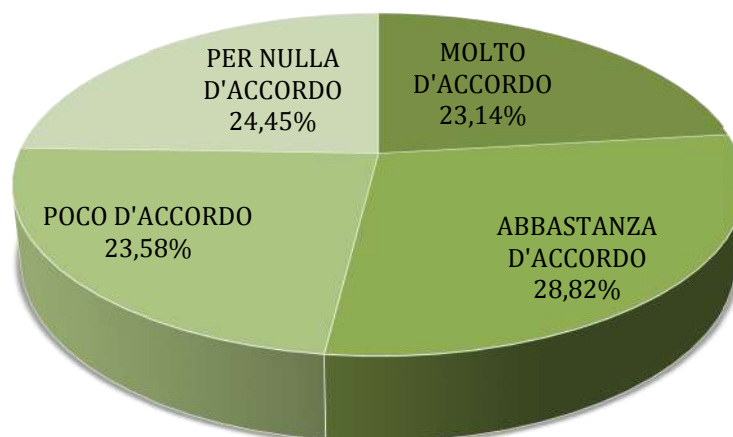
## Precedenti esperienze personali di contenziosi medico-legali



## Precedenti esperienze di contenziosi medico-legali a carico di un suo collega



## Timore per le conseguenze psicologiche di un contenzioso medico-legale



Analizzando i dati risulta evidente che il “timore di un contenzioso” è considerato un fattore influente per il 33,62% degli intervistati che hanno risposto “molto d’accordo” e il 40,61% che si definiva “abbastanza d’accordo” (sommando le percentuali otteniamo un 74,23% di iscritti per i quali il fattore “possibile contenzioso” è considerato un incentivo a difendersi). Il timore per le conseguenze psicologiche è risultato essere il secondo fattore in ordine di prevalenza, con il 23,14% di risposte all’opzione “molto d’accordo” e il 28,82% a quella di “abbastanza d’accordo” (con un totale del 51,96% del campione che si difende per la paura delle conseguenze psicologiche di un contenzioso medico-legale).

Una prevalenza di pareri negativi si ottiene qualora si considera il rilievo assunto da “precedenti esperienze personali di contenziosi medico-legali” come fattore all’origine della MD: il 46,29% ha risposto “per nulla d’accordo” ed il 21,40 % si è dichiarato “poco d’accordo” (percentuale complessiva di rispondenti che considerano il dato non rilevante pari al 67,69%). Una distribuzione più equilibrata si ottiene, invece, nelle risposte relative al timore per le conseguenze psicologiche: il 48,03 % degli intervistati si dichiara, infatti, poco o per nulla d’accordo rispetto al 51,97 % che, invece, dà a questo aspetto un rilievo sostanziale.

Infine abbiamo pensato di chiedere a chi vive quotidianamente questo tipo di problematiche nelle corsie degli ospedali o nei propri studi privati, quali fossero le possibili iniziative utili a ridurre il fenomeno della MD; in una sorta di “ritorno alle origini”, infatti,

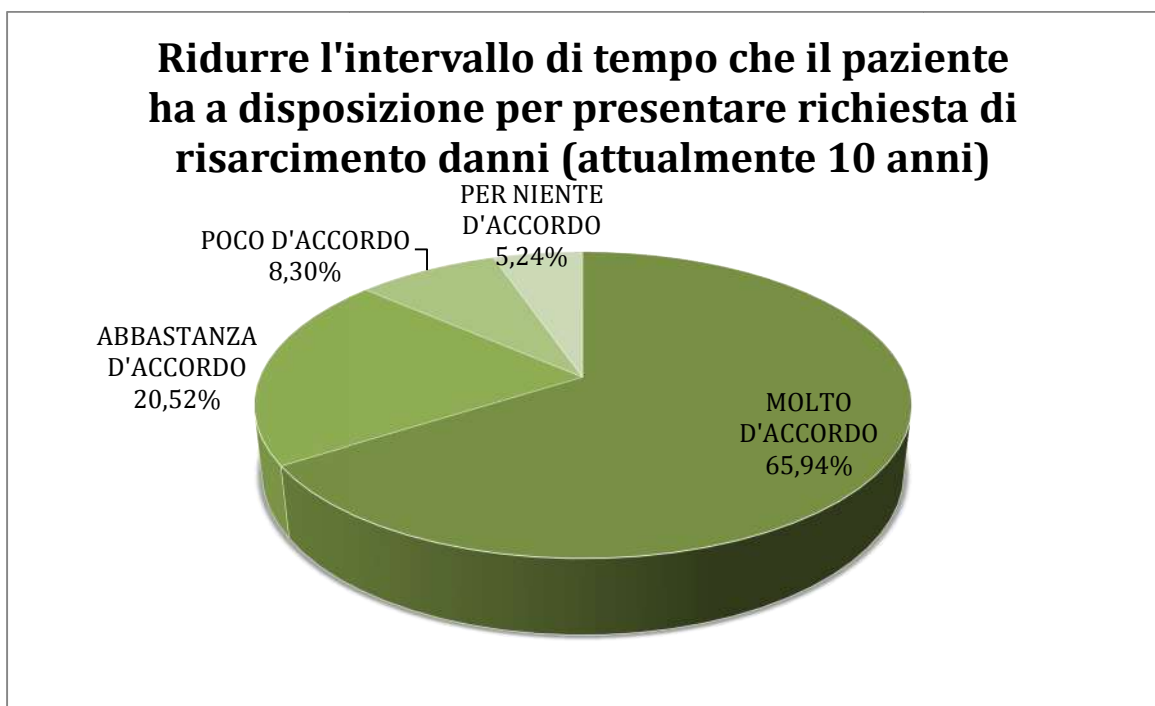
proprio su questo aspetto si chiudeva l'articolo di Tandredi e Barondess che, nel 1978, diffuse nel mondo medico la conoscenza del problema.

Il quesito era articolato nel modo seguente: "Quali possono essere le iniziative utili a ridurre il fenomeno della medicina difensiva?"

Le possibili risposte erano:

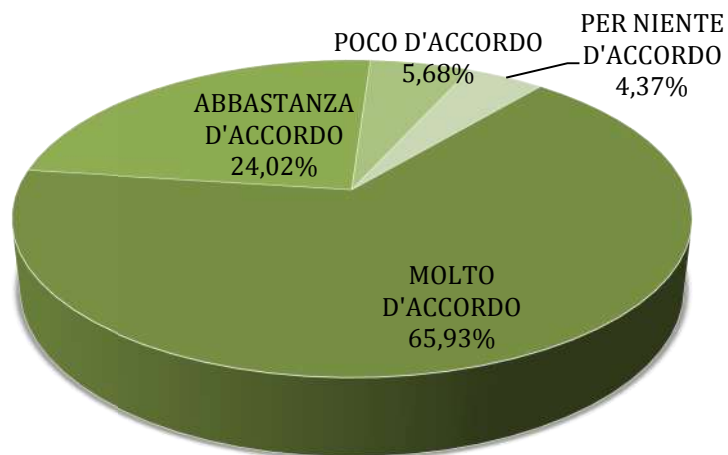
- ridurre l'intervallo di tempo che il paziente ha a disposizione per presentare richiesta di risarcimento danni (attualmente 10 anni);
- stilare delle linee guida nazionali riconosciute dal Ministero della Salute e dal sistema giuridico;
- modificare il codice depenalizzando l'errore medico;
- rafforzare il ruolo dell'Ordine nella tutela del medico;
- affidare ad esperti qualificati la consulenza sulla responsabilità del medico.

Di seguito vengono riportate le risposte ottenute a ciascuna delle domande.

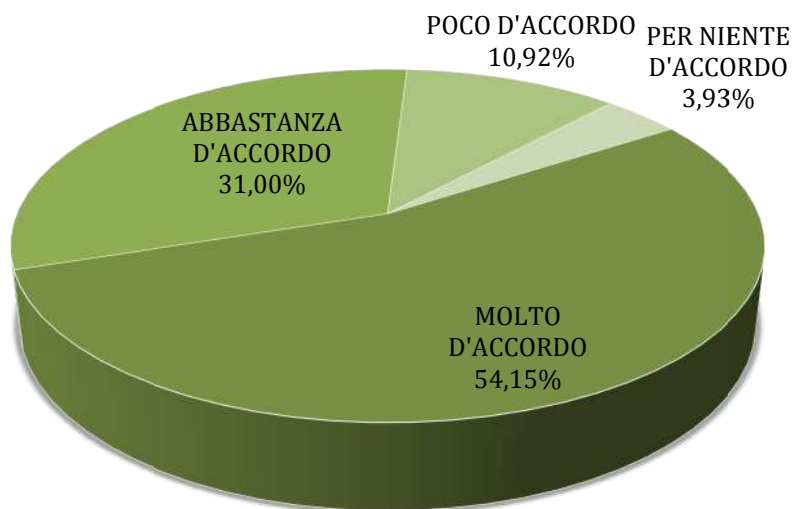




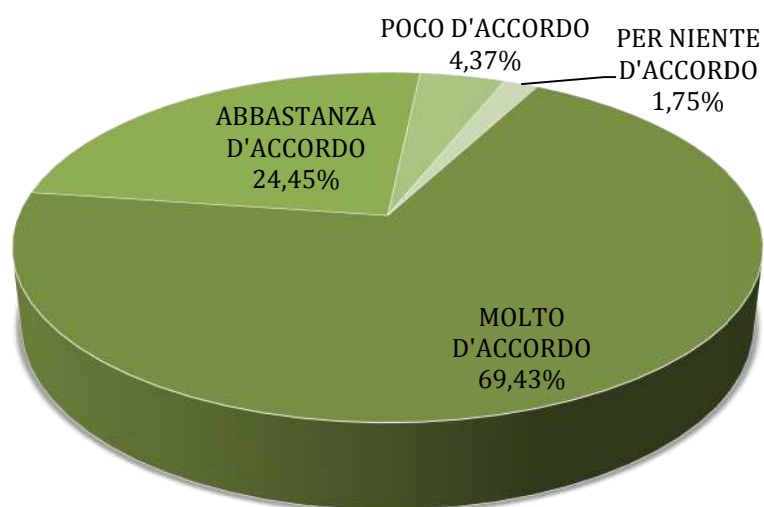
### Stilare delle linee guida nazionali riconosciute dal Ministero della Salute e dal sistema giuridico



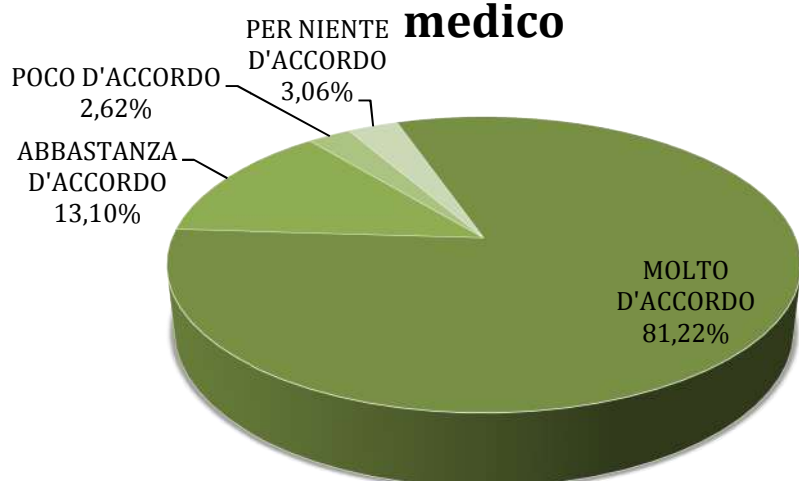
### Modificare il codice depenalizzando l'errore medico



### Rafforzare il ruolo dell'Ordine nella tutela del medico



### Affidare ad esperti qualificati la consulenza sulla responsabilità del medico



Ciascuna delle possibili soluzioni proposte con il questionario è stata accolta in modo molto favorevole dai Colleghi che hanno risposto; l'opzione "per niente d'accordo" ha registrato sempre percentuali comprese fra il 3 ed il 5% (minimo 3,06% e massimo del 5,24%).

L'81,22% dei medici si è definito "molto d'accordo" nell'"affidare ad esperti qualificati la consulenza sulla responsabilità del medico" (che sommata al 13,10% di "abbastanza d'accordo" sale a un totale di 94,32%); per il 65% potrebbe essere utile sia "ridurre l'intervallo di tempo che il paziente ha a disposizione per presentare una richiesta di risarcimento danni", sia "stilare delle linee guida nazionali riconosciute dal Ministero della Salute e dal sistema giuridico". Il 54,15% è "molto d'accordo" a "modificare il codice depenalizzando l'errore medico" (opzione che rimane quella con il minor numero di preferenze), e il 69,43% vorrebbe rafforzato "il ruolo dell'ordine nella tutela del medico".

Le domande erano predisposte tenendo conto dei punti principali in discussione nella prospettiva di una riforma del sistema della responsabilità sanitaria, che avvenga attraverso livelli diversi di intervento sia nell'ambito del diritto codificato (depenalizzazione e riduzione della prescrizione decennale in sede civile) sia nella prassi procedurale di accertamento della colpa medica.

Si indagava, quindi, sull'opinione dei medici riguardo alle modifiche al sistema di erogazione della pena conseguente ad un comportamento sanitario (che produca un pregiudizio a carico del paziente) ovvero alla abolizione della prescrizione decennale per la responsabilità contrattuale, che consente l'inizio di azioni risarcitorie a distanza di un lasso di tempo eccessivo dal fatto. Su di un piano diverso, legato più alla concreta articolazione del procedimento (penale o civile che sia) vertevano le domande riguardanti la necessità di una riforma strutturale del sistema di valutazione tecnica del comportamento sanitario, affidando la consulenza ad esperti qualificati, e, da ultimo ma con altrettanta importanza, la tutela che viene richiesta all'Ordine dai propri iscritti coinvolti nella *malpractice* *crise*.

Sul piano legislativo, infatti, è ormai necessario che la classe politica prenda atto della impossibilità di "rinviare" il problema di una riforma strutturale; problema complesso sia nell'ambito della riforma penalistica (per gli indubbi profili di vaglio costituzionale che una eventuale depenalizzazione comporterebbe) sia in quello civilistico, nel quale il binomio della responsabilità contrattuale ed extracontrattuale rappresenta il cardine del principio generale di tutela risarcitoria del cittadino.

Tuttavia siamo in presenza di istanze contrapposte, rappresentate dalla esigenza di ricreare nelle strutture sanitarie un *modus operandi* ottimale per il medico (sia sul piano tecnico sia, soprattutto, sul piano umano e psicologico) ed, all'opposto, dalla necessità di continuare a garantire una tutela al paziente potenzialmente danneggiato dal trattamento sanitario: come ogni riforma "strutturale" che riguardi un interesse pubblico (e la tutela della salute è, fra questi, di evidente rilievo) proprio questo preminente profilo di interesse

collettivo rappresenta il presupposto per trovare un temperamento, una soluzione in una prospettiva di riforma legislativa non più rinviabile.

## **CONCLUSIONI**

I risultati del questionario somministrato agli iscritti all'OMCEO di Latina indicano che una percentuale da non trascurare, sebbene minoritaria, di medici ha adottato cambiamenti significativi nella pratica professionale a causa della possibilità, sempre più frequente, di incorrere in un contenzioso giudiziario.

I comportamenti adottati dai Colleghi non si discostano da quelli noti e ricompresi nel termine di Medicina Difensiva: fra questi, la prescrizione di farmaci e (soprattutto) di esami diagnostici inutili, il ricorso esasperato a consulenze specialistiche, le annotazioni strumentali in cartella clinica al fine di evitare una eventuale responsabilità.

I sanitari percepiscono una conflittualità latente nel rapporto medico-paziente e questa condizione produce alterazioni del comportamento percepite dal medico come reazione alla condizione di sofferenza, anche psicologica, che si viene a creare in questa situazione. Si tratta di condotte che assumono carattere "strutturale" per una minoranza di Colleghi nella quotidiana esperienza lavorativa e non sembrano trovare solo nella presenza di una copertura assicurativa (percepita comunque come gravosa) la risposta ad un problema che ha motivazioni più profonde.

I sanitari individuano nella necessità di riforme strutturali del sistema della colpa medica la possibile soluzione: il nostro campione sottolinea, infatti, come sia necessario affidare ad esperti qualificati la consulenza sulla responsabilità del medico, depenalizzare l'errore medico e diminuire l'intervallo di tempo che il paziente ha a disposizione per richiedere un risarcimento danni, oltre che stilare delle linee guida nazionali riconosciute dal Ministero della Salute e dal sistema giuridico.

Infine, la richiesta di riforme strutturali da parte dei Colleghi non è solo un indicatore del notevole disagio che vivono i professionisti sanitari in questi anni di crisi della responsabilità sanitaria - crisi che, ormai, si iscrive in un intervallo temporale troppo dilatato - ma va considerata come espressione di una necessità di cambiamento del sistema attraverso un intervento legislativo non più rinviabile.

## Bibliografia generale di riferimento

1. BAICKER K., ELLIOTT S. FISHER E.S., CHANDRA A. - *Malpractice Liability Costs And The Practice Of Medicine In The Medicare Program*. Health Aff (Millwood). 2007 May-Jun; 26(3): 841-52.
2. BISHOP, FEDERMAN, KEYHANI. - *It is time to address the costs of defensive medicine: comment on "physicians' views on defensive medicine: a national survey"*. Arch Intern Med. 2010 Jun 28; 170(12): 1083-4.
3. BUZZONI A. (2014) *Responsabilità medica e sanitaria: nuovi profili penali e civili*. FAD, Milano.
4. CARRIER E.R., RESCHOVSKY J.D., MELLO M.M., MAYRELL R.C., DAVID KATZ D. - *Physicians' Fears Of Malpractice Lawsuits Are Not Assuaged By Tort Reforms*. Health Aff (Millwood). 2010 Sep; 29(9): 1585-92.
5. Congressional Budget Office Background Paper – *Medical Malpractice Tort Limits and Health Care Spending*. 2006 Apr.
6. DANZON P.M. - *Liability for medical malpractice*. Handbook of Health Economics. 2000; 1(B): 893-1910.
7. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND WELFARE. – *Medical Malpractice: Report of the Secretary's Commission on Medical Malpractice*, DHEW Publication no. (OS) 73-89, Washington, D.C., 1073.
8. HARRINGTON S. E., DANZON P.M., EPSTEIN A. J. "Crises" in medical malpractice insurance: Evidence of excessive price-cutting in the preceding soft market. JBF. 2008; 32(1): 157-169.
9. HELLAND E., SEABURY S.A. - *Tort reform and physician labor supply: A review of the evidence*. International Review of Law and Economics. 2015; 42: 192-202.
10. JENA A.B., MD, SEABURY S., LAKDAWALLA D., CHANDRA A. *Malpractice Risk According to Physician Specialty*. N Engl J Med. 2011 Aug 18; 365(7): 629-36.
11. KANE C.K. - *Policy Research Perspectives. Medical Liability Claim Frequency: A 2007-2008 Snapshot of Physicians*. American Medical Association, 2010.
12. LEFLAR R.B. - *Medical Malpractice Reform Measures and Their Effects*. Chest. 2013 Jul; 144(1): 306-18.
13. MARIOTTI P., GENOVESE U. (2013) *Responsabilità sanitaria e medicina difensiva*. Maggioli, Milano.
14. MELLO M.M., CHANDRA A., GAWANDE A.A., STUDDERT D.M. - *National Costs Of The Medical Liability System*. Health Aff (Millwood). 2010 Sep; 29(9): 1569-77.
15. MELLO M.M., PHIL M., BRENNAN T.A. - *The Role of Medical Liability Reform in Federal Health Care Reform*. N Engl J Med. 2009 Jul 2; 361(1): 1-3.
16. Office of Technology Assessment, *Defensive Medicine and Medical Malpractice*, OTA-H-602. 1994.
17. ORTASHI O., VIRDEE J., HASSAN R., MUTRYNOWSKI T., ABU-ZIDAN F. - *The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom*. BMC Med Ethics. 2013 Oct 29;14:42.
18. REYES C. – *At Your Defence: Does Tort Reform Minimize Defensive Medicine?* Emergency Medicine News. 2015 Feb; 37(2): 20.
19. SLOAN F.A., SHADLE J.H. - *Is there empirical evidence for "Defensive Medicine"? A reassessment*. J Health Econ. 2009 Mar; 28(2): 481-91.
20. STUDDERT D., SAGE W., DESROCHES C.M. - *Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment*. JAMA. 2005; 293(21): 2609-2617.
21. STUDDERT, D.M., MELLO M.M. - *Claims, Errors, and Compensation Payments in Medical Malpractice Litigation*. N Engl J Med 2006; 354: 2024-33.

22. TANCREDI L.R., BARONDESS J.A. - *The Problem of Defensive Medicine*. Science. 1978 May 26; 200(4344): 879-82.
23. THOMAS J.W., ZILLER E.C., THAYER D.A. - *Low Costs Of Defensive Medicine, Small Savings From Tort Reform*. Health Aff (Millwood). 2010 Sep; 29(9): 1578-84.
24. US Congress, Office of Technology Assessment (1994), *Defensive medicine and medical malpractice*, OTA – H – 602, Washington, DC: US Government Printing Office.
25. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES HEALTH RESOURCES AND SERVICES ADMINISTRATION BUREAU OF HEALTH PROFESSIONS. - *Practitioner Data Banks Branch National Practitioner Data Bank 2005 Annual Report*.
26. WAXMAN D.A., GREENBERG MD, RIDGELY M.S., KELLERMANN A.L., HEATON P. - *The Effect of Malpractice Reform on Emergency Department Care*. New Engl J Med. 2014; 371: 1518-25.