



La medicina difensiva tra responsabilità ed opportunità

di **Umberto Genovese, Riccardo Zoja, Alberto Blandino, Sara Del Sordo, Francesca Mobilia**

Focus del 14 maggio 2014

La problematica della medicina difensiva offre vari spunti di analisi in primis, economici, gestionali, assicurativi ma non può essere trascurato il peso che tale concetto comporta sull'agire medico responsabile. Infatti, essendo l'atteggiamento medico difensivo un operato orientato principalmente (ma non necessariamente in maniera esclusiva) alla prevenzione delle accuse di malpractice e non alla tutela della salute del paziente, risulta evidente la sua incompatibilità con i fondamenti stessi della professione medica. La medicina difensiva rappresenta, più o meno esplicitamente, l'estrinsecazione di un condizionamento del fare medico, sia nel rapporto con il paziente sia nel rapporto con la struttura sanitaria e contrasta ampiamente con i principi di discrezionalità, indipendenza ed autonomia professionale professati dal Codice di Deontologia Medica (agli artt. 4 - "libertà e indipendenza della professione", 22 - "autonomia e responsabilità diagnostico-terapeutica", 30 - "conflitto di interesse" e 69 - "direzione sanitaria").

La svalutazione dei principi cardine della professione medica porta inevitabilmente alla compromissione di quella che è l'essenza stessa di tale attività: la responsabilità - categoria pregiuridica e vincolata a precetti deontologici - intesa come necessità di rispondere delle proprie azioni, rendendone ragione e subendone le conseguenze. Alla nozione di responsabilità si affianca ora un concetto "innovativo", derivato dal settore economico-finanziario e poi approdato a quello sanitario: l'accountability. Con ciò si intende la condizione di dover "rendicontare" agli altri riguardo al proprio operato, spiegando/giustificando/motivando la propria condotta; in altri termini, rappresenta l'esigenza di coloro che ricoprono "ruoli di responsabilità" di "rendere conto" delle proprie azioni alla società o agli stakeholder. Ne deriva che l'accountability rappresenta un'inevitabile implicazione dell'attribuzione, da parte di qualcuno nei confronti di qualcun altro, di una responsabilità (Grilli R., "Accountability e organizzazioni sanitarie" in Biocca M., "Bilancio di missione", pensiero scientifico ed., 2010).

SOMMARIO: 1. Responsabilità medica e accountability - 2. Inquadramento del fenomeno - 3. Le cause del fenomeno - 4. Implicazioni dell'atteggiamento difensivo - 5. Conclusioni

1. Responsabilità medica e accountability

La problematica della medicina difensiva offre vari spunti di analisi in primis, economici, gestionali, assicurativi ma non può essere trascurato il peso che tale concetto comporta sull'agire medico responsabile. Infatti, essendo l'atteggiamento medico difensivo un operato orientato principalmente (ma non necessariamente in maniera esclusiva) alla prevenzione delle accuse di malpractice e non alla tutela della salute del paziente, risulta evidente la sua incompatibilità con i fondamenti stessi della professione medica. La medicina difensiva rappresenta, più o meno esplicitamente, l'estrinsecazione di un condizionamento del fare medico, sia nel rapporto con il paziente sia nel rapporto con la struttura sanitaria e contrasta ampiamente con i principi di discrezionalità, indipendenza ed autonomia professionale professati dal Codice di Deontologia Medica (agli artt. 4 - "libertà e indipendenza della professione", 22 - "autonomia e responsabilità diagnostico-terapeutica", 30 - "conflitto di interesse" e 69 - "direzione sanitaria").

La svalutazione dei principi cardine della professione medica porta inevitabilmente alla compromissione di quella che è l'essenza stessa di tale attività: la responsabilità - categoria pregiuridica e vincolata a precetti deontologici - intesa come necessità di rispondere delle proprie azioni, rendendone ragione e subendone le conseguenze. Alla nozione di responsabilità si affianca ora un concetto "innovativo", derivato dal settore economico-finanziario e poi approdato a quello sanitario: l'accountability. Con ciò si intende la condizione di dover "rendicontare" agli altri riguardo al proprio operato, spiegando/giustificando/motivando la propria condotta; in altri termini, rappresenta l'esigenza di coloro che ricoprono "ruoli di responsabilità" di "rendere conto" delle proprie azioni alla società o agli stakeholder. Ne deriva che l'accountability rappresenta un'inevitabile implicazione dell'attribuzione, da parte di qualcuno nei confronti di qualcun altro, di una responsabilità (Grilli R., "Accountability e organizzazioni sanitarie" in Biocca M., "Bilancio di missione", pensiero scientifico ed., 2010).

2. Inquadramento del fenomeno

Le prime apparizioni sulla scena internazionale della tematica della medicina difensiva risalgono alla fine degli anni '70 (Tancredi e Barondess, "The problem of defensive medicine", Science, 1978) e, dopo quasi un ventennio, l'Office Technology Assessment statunitense ne ha proposto una precisa definizione: "Defensive medicine occurs when doctors order tests, procedures, or visits, or avoid certain high-risk patients or procedures, primarily (but not necessarily solely) because of concern about malpractice liability" (US Congress, Office of Technology Assessment, Defensive medicine and medical malpractice, 1994, consultabile all'indirizzo web <http://ota-cdn.fas.org/reports/9405.pdf>).

All'atto pratico, dunque, il comportamento difensivo si concretizza sia nella prescrizione di test, procedure diagnostiche o accertamenti specialistici non realmente necessari dalla contingenza del caso clinico (definendosi così la fattispecie di medicina difensiva "positiva" o "attiva", che conduce ad un "comportamento di garanzia") sia nell'evitamento di pazienti "difficili" o di atti diagnostico-terapeutici gravati da alto rischio di insuccesso/complicanze (definendosi così la fattispecie di medicina difensiva "negativa" o "passiva", che conduce ad un "comportamento di evitamento"). La finalità, si ribadisce, non è quella di tutelare il bene e la salute del paziente, bensì di "evitare accuse per non avere effettuato tutte le indagini e tutte le cure conosciute o, al contrario, per avere effettuato trattamenti gravati da alto rischio di insuccesso o di complicanze" (Centro Studi "Federico Stella", "Il problema della medicina difensiva", ETS ed., 2010).

La rappresentazione casistica del fenomeno, derivante dalla somministrazione di questionari al personale medico, risulta allarmante sia a livello internazionale che nazionale: a titolo esemplificativo, si riporta che in Pennsylvania la percentuale di sanitari che ha fatto ricorso a pratiche difensive si attesta sul 93% su un totale di 824 intervistati (Studdert et al., "Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment, JAMA, 2005). Non mancano nemmeno report casistici specifici, che analizzano il fenomeno in base alla branca sanitaria implicata o alle caratteristiche del medico coinvolto: in Giappone il fenomeno raggiunge il 98% su un campione di 131 questionari somministrati a specialisti gastroenterologi (Hiwama et al., "Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan", World J Gastroenterol,

2006); in USA risulta che, tra il 2009 ed il 2011, la medicina difensiva abbia prevalso in aree “calde”, quali la chirurgia in elezione o in urgenza, l’ortopedia, la ginecologia ed il Pronto Soccorso (vale a dire, le branche sanitarie più soggette al rischio di contenzioso) e che sia pratica più frequentemente adottata da medici di giovane età e sesso femminile, presumibilmente per la minore tolleranza al rischio di tali categorie di professionisti (Jackson Healthcare, “A costly defense: physicians sound off on the high price of defensive medicine in U.S.”, consultabile all’indirizzo [webhttp://www.jacksonhealthcare.com/media/105012/defensivemedicine_ebook_final.pdf](http://www.jacksonhealthcare.com/media/105012/defensivemedicine_ebook_final.pdf)).

In ambito nazionale, invece, una delle più complete analisi statistiche condotta sul fenomeno è stata elaborata nel corso del 2008 dal Centro Studi “Federico Stella” dell’Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano (e pubblicata da ETS nel 2010: “*Il problema della medicina difensiva*”) su proposta e con la consulenza della Società Italiana di Chirurgia e va a confermare il preoccupante andamento già evidenziato. Difatti, su un totale di 307 medici che ha aderito all’intervista, poco più del 90% ha ammesso di avere adottato almeno un comportamento di medicina difensiva nel corso del mese precedente, il 77.7% ha prescritto esami di laboratorio senza alcuna finalità diagnostica aggiuntiva, il 72.8% ha registrato note inutili in cartella clinica, il 67.3% ha richiesto una consulenza specialistica non necessaria. Dati di prevalenza sostanzialmente sovrapponibili emergono da uno studio condotto dall’Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Roma nel 2010, che rappresenta l’estensione a livello nazionale di un precedente analogo del 2008 condotto a livello locale.

Una recente ricerca, condotta nel 2011 e settorializzata al Pronto Soccorso, conferma tali risultati: il 90.5% degli intervistati ha infatti ammesso il ricorso a tali pratiche nel mese precedente (Catino et al., *La medicina difensiva: una ricerca sul Pronto Soccorso in Italia*”, Pratica medica & aspetti legali, 2011).

3. Le cause del fenomeno

Come anticipato, la motivazione che in ultima analisi condiziona il medico ad adottare un atteggiamento difensivo è il timore del contenzioso: l’affermazione trova piena concordanza nell’analisi del Centro Studi “Federico Stella” (a titolo esemplificativo, si riporta che il 69% degli intervistati ravvisa nel timore di un generico contenzioso medico-legale una possibile spiegazione al fenomeno, il 50.4% identifica il timore di ricevere una richiesta di risarcimento, il 26.4% il timore di pubblicità negativa ad opera dei mass media, il 21.2% la preoccupazione di incorrere in sanzioni disciplinari-amministrative...); dallo studio emerge inoltre che gli aspetti organizzativi/gestionali rappresentano spesso dei validi incentivi all’adozione di un comportamento difensivo (il 76.1% degli intervistati ritiene che la causa del fenomeno sia da ricercare nell’eccessivo afflusso di pazienti, con conseguente ridotta disponibilità di tempo e di risorse spendibili per il singolo caso, il 75.4% lo attribuisce alla carenza di posti letto, da cui deriverebbe un maggior “scrupolo” nel trattamento forzatamente ambulatoriale del paziente...). Motivazioni sostanzialmente analoghe emergono dalla disamina curata dall’Ordine dei Medici di Roma nel 2010.

Ma il timore del contenzioso avvertito dai camici bianchi è realmente fondato? Il quadro attuale è ben descritto dalla rilevazione statistica ANIA del 2012 in tema di responsabilità civile sanitaria (consultabile all’indirizzo web http://www.ilsole24ore.com/pdf2010/SoleOnline5/_Oggetti_Correlati/Documenti/Notizie/2013/07/Report-Ania.pdf): nel periodo compreso tra il 1994 ed il 2010, il numero di sinistri denunciati alle imprese di assicurazione per le coperture di responsabilità civile delle strutture sanitarie e di responsabilità civile dei medici è più che triplicato, passando da 9.750 a 33.682.

L’attuale aumento del contenzioso, testimoniato dai dati statistici, trova una possibile spiegazione nella mutata percezione del paziente nei confronti del servizio erogato dalla struttura sanitaria, nonché, in ultima analisi, nei confronti del medico e del suo operato professionale: difatti, il cittadino tende ad identificare nel terminale del Sistema Sanitario – il medico – il responsabile ultimo (e, troppo spesso, unico) delle eventuali inadeguatezze del sistema stesso.

L’utente/paziente è sempre meglio informato (talvolta in maniera fuorviante, soprattutto nel caso in cui le conoscenze derivino da un uso inappropriato delle risorse web) riguardo alle possibilità offerte dal progresso -

innegabile ed oggettivo - della scienza medica, a discapito di una corretta informazione sulla reale attuabilità di tali progressi, soprattutto nelle piccole e medie realtà: il paziente, molto spesso, si crea delle aspettative irrealizzabili che portano alla pretesa della salvaguardia di un fantomatico "diritto alla guarigione", e non del diritto alla salute, quello costituzionalmente tutelato.

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 che, oltretutto, tende a creare nell'utente un'idea distorta del rischio connesso con la pratica medica. A riguardo, non si può sottacere lo stupore suscitato dalla divulgazione di statistiche in tema di errore medico e dall'associazione di due concetti (errore e colpa) che, per gli addetti ai lavori, non sono da considerare necessariamente sovrapponibili. I dati giornalistici cui ci si riferisce (non volendo comunque inficiare o sminuire il favorevole ruolo della divulgazione della possibilità di errore medico, poiché è solo mediante l'acquisizione di consapevolezza che è possibile inquadrare le categorie di errori di più frequente accadimento) non sempre vengono estrapolati da studi osservazionali, bensì da calcoli approssimativi, molte volte derivati da realtà extranazionali. Essi risultano spesso in ampio contrasto non solo con la percezione del fenomeno in Italia, ma anche con la diretta esperienza nell'ambito del Settore medico-legale milanese, pur considerando che la maggior parte degli eventi avversi in Sanità rimangono celati, al pari della porzione sommersa di un iceberg, lasciandone emergere solamente la "punta" (Genovese e Sollennità, "Presunta malpractice: casistica settoria dell'Istituto di Medicina Legale di Milano - 2002-2006", Riv. It. Med. Leg., 2009; Genovese, "Uno, nessuno e centomila", Management della Sanità, 2008).

Un altro elemento a fondamento dell'aumento del contenzioso in Sanità è la riduzione quali-quantitativa del tempo dedicato dal sanitario al paziente, il quale, non possedendo necessariamente le conoscenze specialistiche per giudicare l'operato dal punto di vista tecnico-scientifico, fonderà la propria percezione sul comfort ambientale, sulla sensibilità psicosociale e sull'empatia dimostrata rispetto al proprio vissuto di malattia. È indubbio infatti che il paziente che si "sente" accolto e curato in maniera adeguata, ha l'impressione che sia stato fatto tutto ciò che poteva essere il meglio per la propria situazione patologica. A ciò è da aggiungersi che l'attuale tendenza di unificazione e semplificazione dell'operato medico-chirurgico mediante la diffusione di attività in regime di day-hospital, day-surgery, chirurgia ambulatoriale o mini-invasiva, se da un lato mira a ridimensionare la spesa pubblica ed a ridurre i rischi inevitabilmente connessi alla prolungata ospedalizzazione, dall'altro riduce, di fatto, la possibilità di creazione di un "ottimale" rapporto medico-paziente.

D'altra parte, la rilevanza del problema in tema di comunicazione tra medico e paziente comprende anche la difficoltà segnalata dai sanitari nella comunicazione al paziente del ricorrere di un eventuale errore. Già il Code of Medical Ethics dell'American Medical Association (consultabile al sito <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics.page?#>) enfatizza: "concern regarding legal liability which might result following truthful disclosure should not affect the physician's honesty with a patient". A riguardo, chiaramente si esprime anche la Carta della Professionalità Medica (Fondazione ABIM - Fondazione ACP-ASIM - Federazione Europea di Medicina Interna, "Carta della professionalità Medica", The Lancet, 2002), delineando le responsabilità del professionista medico: "i medici dovrebbero riconoscere che, nel processo di cura, a volte si possono commettere errori che nuocciono ai pazienti. In questi casi è necessario informare immediatamente gli interessati, altrimenti verrebbe compromessa la fiducia dei pazienti e della società. Rendere noti gli errori medici ed analizzarne le cause è utile per sviluppare appropriate strategie di prevenzione, migliorare le procedure e, allo stesso tempo, risarcire adeguatamente le parti lese".

La sensazione di sfiducia dei pazienti è poi fervidamente alimentata dal disagio provocato dalle disfunzioni organizzative del percorso assistenziale, quali la lunghezza delle liste d'attesa, la povertà o la scarsa chiarezza delle informazioni ricevute, la sensazione di estraneità e la percezione di fretta nel personale sanitario.

Dal canto suo, il paziente/utente è comunque sempre più consapevole degli strumenti a disposizione per intraprendere la strada della richiesta di risarcimento per cui, nel caso in cui si verifichi anche solo una situazione di "insoddisfazione" nei confronti dell'operato del sanitario, il contenzioso può trasformarsi da eventualità in certezza.

Essendo il settore sanitario un "sistema complesso" a tutti gli effetti, è inevitabile considerare che il

comportamento del singolo medico venga influenzato dall'organizzazione in cui opera (il "sistema sanitario"): 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 di prospettare le problematiche correlate al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), prendendo atto del fatto che la "struttura" influenza senz'altro la "pratica clinica" (Genovese, *"La responsabilità della struttura ospedaliera pubblica e privata: considerazioni medico-legali"*, Medicina e Diritto, 2007).

Sulla singola prestazione sanitaria incidono infatti numerosi elementi: il contesto istituzionale (regole del Servizio Sanitario Nazionale e congiuntura economica), i fattori gestionali/organizzativi (risorse e vincoli finanziari, strategie di politica interna, perseguimento di standard e raggiungimento di obiettivi, cultura della sicurezza), l'ambiente di lavoro (disponibilità e manutenzione delle attrezzature, dotazione di personale, multiprofessionalità delle competenze, carico di lavoro e modalità di turnazione); grande influenza è esercitata anche da fattori personali, legati non solo al team di lavoro (struttura e numerosità, capacità del supervisore, opportunità di ricevere aiuto, comprensione e comunicazione verbale e scritta) ed alle caratteristiche del singolo individuo (conoscenze, abilità, motivazione), ma anche alla tipologia del compito svolto (chiarezza progettuale, disponibilità ed utilizzo di procedure, disponibilità ed accuratezza dei risultati) ed alle caratteristiche del paziente (personalità, fattori etnico-sociali, complessità della situazione clinica, problematiche linguistiche o di comprensione).

D'altronde, è lo stesso "approccio cognitivo all'errore" su cui si fonda il clinical risk management ad imporre il passaggio da un approccio prettamente "personale" ad uno di "sistema": dall'analisi del comportamento del singolo individuo, che spesso si tendeva a colpevolizzare per aver commesso errori/dimenticanze/distrazioni, si passa alla disamina delle condizioni di lavoro degli operatori ed alla creazione di barriere per fronteggiare o limitare le conseguenze dell'errore stesso, auspicando una "modifica culturale" che comporti la creazione di un ambiente favorevole al confronto positivo e costruttivo sull'errore medico (Reason, *"Human error"*, 1990; Reason *"Human error: models and management"*, BMJ, 2000).

In aggiunta, sull'attività medica incidono "sistemi (ancora più) esterni", al punto che il Fiori (*La medicina delle evidenze e delle scelte sta declinando verso la medicina dell'obbedienza giurisprudenziale* ", Riv. It. Med. Leg., 2007) ebbe a coniare l'espressione "medicina dell'obbedienza giurisprudenziale" per individuare quella tendenza, figlia - al pari della medicina difensiva - del timore dal contenzioso medico-legale, definita come 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"; in buona sostanza, l'"obbedienza a regole mediche dettate, spesso molto opinabilmente, dal diritto giurisprudenziale".

Tenuto conto di quanto sopra, si ritiene di poter estendere il neologismo del Fiori ad un'altra situazione, quella della "medicina dell'obbedienza amministrativa", con ciò riferendosi alla passiva accettazione da parte dei medici di regole contrattuali ed imposizioni organizzative, dettate, appunto, dalle amministrazioni della Sanità (Aziende Ospedaliere, Aziende Sanitarie o governi regionali). A tale riguardo, vale quanto indicato dal Fiori per la sudditanza giurisprudenziale: 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, nelle regole organizzative/amministrative], tendono a ritenerli dogmi cui è doveroso obbedire". E purtroppo, per quanto attiene l'ambito amministrativo, lo sfavorevole momento economico attuale disincentiva eventuali prese di posizione che possano mettere a rischio un futuro lavorativo già di per sé incerto.

4. Implicazioni dell'atteggiamento difensivo

Tra le innumerevoli ripercussioni della medicina difensiva, l'impatto economico è sicuramente il più studiato, sia per la diretta "quantificabilità" del fenomeno, sia per l'attuale crescente preoccupazione relativa all'uso non ottimale della risorsa pubblica. Nella citata indagine dell'Ordine Provinciale di Roma è stata stimata un'incidenza economica pari al 10.5% dei costi totali del Sistema Sanitario Nazionale. Non dissimile risulta il quadro che emerge dalla "Relazione finale della Commissione Parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali", presentata a Roma nel gennaio 2013: "tenendo conto

dell'incidenza sulle risorse dello Stato, può dirsi che la medicina difensiva pesa sulla spesa sanitaria pubblica per 0.75 punti di PIL, ossia per oltre 10 miliardi di euro, importo pari a poco meno di quanto investito in ricerca e sviluppo nel nostro Paese, e quasi pari alla quota dello Stato per l'anno 2012 dell'imposta municipale unificata" (consultabile all'indirizzo web http://documenti.camera.it/_dati/leg16/lavori/documentiparlamentari/indiceetesti/022bis/010/INTERO.pdf).

Inevitabilmente, ci si sofferma in modo più significativo sull'impatto economico della medicina difensiva "attiva", che induce ad un più diretto ed evidente incremento ingiustificato della spesa pubblica e, potenzialmente, porta ad un progressivo decremento della qualità della prestazione assistenziale (si pensi, ad esempio, all'allungamento delle liste di attesa o all'invio in Pronto Soccorso di pazienti che potevano essere adeguatamente gestiti in regime ambulatoriale). Tuttavia, non si possono tralasciare le ripercussioni dell'atteggiamento difensivo "negativo" sul ritardo del progresso scientifico e tecnologico o sulla ritardata adozione di tecniche innovative: per il professionista, il rischio percepito relativamente all'adozione di innovazioni mediche supera di gran lunga i benefici derivanti dalle innovazioni stesse; per le organizzazioni, si assiste alla scelta mirata di iperspecializzazioni "sicure" di alcuni reparti ospedalieri ed a strategie aziendali di mancata implementazione di settori di cura notoriamente a rischio contenzioso (ostetricia, neurochirurgia...) con potenziali effetti negativi anche sul progresso scientifico di ricerca in tali aree. 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 le scelte che vengono compiute primariamente al ritorno economico delle prestazioni, creando una sorta di Sanità "DRGcentrica", con "derive" ben note nell'area cittadina milanese e relativo interessamento della Procura della Repubblica.

La medicina difensiva implica inoltre ripercussioni economiche "indirette", che si concretizzano nell'aumento della spesa assicurativa: infatti, il tasso annuo di crescita dei premi complessivi del settore nel periodo 2001-2011 si attesta al 7.3% (rispettivamente 5.5% per le strutture sanitarie e 10.3% per i professionisti).

Il fattore più preoccupante, da un punto di vista prettamente medico-legale, è la possibilità che un atteggiamento difensivo "puro" - unicamente motivato dal timore di futuri contenziosi - celi l'insicurezza o, peggio, l'incapacità di ragionamento e di giudizio del medico, il quale ormai di prassi demanda ad altri specialisti o ad indagini testistiche/laboratoristiche l'onere di fornire risposte, sotto forma di conclusioni "preconfezionate", alle quali allinearsi senza alcuno sforzo professionale. E dunque senza alcuna responsabilità. In effetti, talvolta, il ricorso a metodiche di medicina difensiva, più che a fini strategie prospettiche, pare motivato da una tendenziale "deresponsabilizzazione" del medico negli aspetti di diagnosi e cura: basti pensare alla richiesta di consulenze specialistiche in ambito ospedaliero, soprattutto in Pronto Soccorso (ad esempio la richiesta di intervento del chirurgo per qualsivoglia addominalgia, pur con obiettività ed esami strumentali e laboratoristici negativi).

Oltre a ciò, non sfugge all'attenzione una simile "deriva" anche negli aspetti medico-legali della professione, vale a dire la certificazione e la compilazione della cartella clinica. Non può infatti essere riconosciuta alla medicina difensiva la capacità di garantire una "prova" di sicurezza e di efficacia dell'attività svolta: è illusorio affidare a tali metodiche "l'onere probatorio" del proprio buon operato, né si deve confondere questa con la "buona prassi medico-legale". 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; è soltanto la loro completa ed esauriente redazione che assume rilevanza probatoria del percorso assistenziale posto in essere, non certo la prescrizione di un esame non motivatamente aggiunto: a posteriori, ciò che rileva è la possibilità di ricostruzione del ragionamento clinico del medico. In definitiva, un'accurata cartella clinica non soltanto non rappresenta una forma di medicina difensiva, ma è lo strumento principale attraverso il quale lasciare traccia di quanto fatto e, soprattutto, delle relative motivazioni.

5. Conclusioni

L'attuale congiuntura economica, di evidente difficoltà nell'allocazione/reperimento delle risorse in Sanità, giustifica la notevole attenzione dedicata da più fronti al problema della medicina difensiva.

Ma come viene fattivamente valorizzato il senso di responsabilità del medico?

Dopotutto, è lo stesso Codice di Deontologia Medica che sottolinea, agli artt. 13 – “prescrizione e trattamento terapeutico” - e 21 – “competenza professionale”, la centralità dell’uso appropriato delle risorse; il Codice, trattando di conflitto di interesse, giunge addirittura a stabilire che il medico deve “[...] dichiarare in maniera esplicita il tipo di rapporto che potrebbe influenzare le sue scelte consentendo al destinatario di queste una valutazione critica consapevole” (art. 30 C.D.M., 2006).

Come anticipato, uno degli aspetti particolarmente preoccupanti della tematica in questione è l’inevitabile modifica della professione verso cui si sta approdando: la professione medica, senz’altro tra le più complesse ma al tempo stesso fonte di soddisfazioni (oramai non più economiche) si fonda su cardini quali autonomia e responsabilità. Cardini che, battendo la strada della medicina difensiva, sono destinati a svanire, trasformando il medico in un irresponsabile “cacciatore di prove” – specialistiche, laboratoristiche, strumentali – il quale, ottenute le ambite prede, non saprà come utilizzarle, dal momento che avrà nel frattempo smarrito sia la capacità di ragionamento e di giudizio clinico sia il “coraggio” di formulare un giudizio diagnostico, prognostico o terapeutico.

E nemmeno è da trascurare che l’approccio difensivo al paziente può provocare, nel caso concreto, un evento avverso (si pensi, ad esempio, ad una grave reazione allergica al mezzo di contrasto di un esame diagnostico prescritto a scopo difensivo) creando una sorta di circolo vizioso in cui la decisione intrapresa (meramente fondata su dati di opportunità) diviene all’origine di ciò che si proponeva di evitare.

Il superamento della problematica di cui si è trattato non può prescindere dalla presa di consapevolezza da parte degli attori protagonisti sulle ripercussioni negative dell’atteggiamento difensivo, sull’ottimale gestione delle risorse per la salute e sull’“effettivo” ruolo di prevenzione del contenzioso. È dunque inevitabile che il contrasto alla medicina difensiva debba rivolgersi non solamente ai medici formati ma anche a quelli in formazione: il passo che porta all’insegnamento della medicina difensiva come pratica clinica standard è breve e magari è già stato fatto.

D’altro canto, è intuitivo che, sino a quando non comparirà in sede di giudizio sull’operato medico un’omogenea e ripetibile criteriologia decisionale, saranno molteplici le situazioni nelle quali si giustificherà il ricorso metodico ad impostazioni di tipo difensivo: e non varrà la sporadica occorrenza di complicità gravi di una decisione difensiva a modificare un assetto che non può rimanere esente da profonda revisione.