**Defensive medicine and development of organizational competence in healthcare system. A clinical psychology intervention with hospital workers and patients in the Maternity ward of the SFN in Rome**

***Silvia Policelli[[1]](#footnote-1)\****

*Abstract*

The paper present an intervention carried out with hospital workers and patients in the Maternity ward of the San Filippo Neri Hospital in Rome. Through the discussion of a case encountered during my stay in the Neonatology Unit, as SPS psychologist trainee, the work intends to propose the analysis of the demand addressed to psychology by a context in which the healthy patient causes the culture of technicality to fail. From a methodological point of view, the analysis of emotional symbolization in the relationship between hospital workers and the hospitalised patient's family and the sharing of interpretative hypotheses will be central.

*Keywords*: hospital; organizational competence in healthcare system; doctor-patient relationship; clinical psychological intervention in the hospital; defensive medicine.

**Medicina difensiva e sviluppo della competenza organizzativa entro il contesto sanitario. Un intervento psicologico clinico con operatori sanitari e pazienti nel Dipartimento Materno Infantile del SFN di Roma**

***Silvia Policelli[[2]](#footnote-2)\****

*Abstract*

A partire dal ruolo di psicologo tirocinante SPS presso il Servizio Protezione e Prevenzione Rischi dell’Ospedale San Filippo Neri di Roma, presento un intervento realizzato con operatori sanitari e pazienti nel Dipartimento Materno Infantile. Attraverso la discussione di un caso incontrato durante la mia permanenza nel reparto di Neonatologia, verrà proposta l’analisi della domanda rivolta alla psicologia da parte di un contesto in cui il paziente sano o comunque non in pericolo di vita fa fallire la cultura della tecnicalità. Dal punto di vista metodologico, l’esplorazione dei vissuti e delle simbolizzazioni emozionali nel rapporto tra gli operatori e la famiglia del paziente ricoverato e la condivisione delle ipotesi interpretative, sarà centrale.

*Parole chiave:* ospedale; competenze organizzative nel sistema sanitario; intervento psicologico clinico in ospedale; medicina difensiva.

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

***Medicina Difensiva: Chi si difende da chi?***

“Chi si difende da chi? E perché?” è il titolo della prima ricerca nazionale sulla medicina difensiva realizzata, tra il 2009 e il 2010 (www.amcitorino.it)[[3]](#footnote-3), dall’Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Roma. Obiettivo dello studio, evidenziare e quantificare le dimensioni sul territorio nazionale della medicina difensiva[[4]](#footnote-4), cioè di quelle prescrizioni originate dal timore dei medici di essere oggetto di denunce da parte dei pazienti. La medicina difensiva ‘moderna’, diffusa in tutti gli Stati europei, ha preso consistenza negli Stati Uniti durante gli anni ’70 (Avraham, 2010). È ad oggi un fenomeno in forte crescita in Italia, con una rilevante incidenza economica sulla sanità pubblica, sulla spesa privata, e sulla qualità e la possibilità di accesso ai servizi offerti ai cittadini.

Per quanto riguarda l’incidenza economica, dalla ricerca si stima che in Italia la spesa sanitaria conseguente a questo fenomeno ammonterebbe a circa 13 miliardi l’anno. Questa cifra che corrisponderebbe all’11,8% della spesa sanitaria totale (pubblica e privata), è la conseguenza di un aumento nella prescrizione di farmaci, visite, esami e ricoveri.

Per quanto riguarda l’incidenza di tale pratica dai dati raccolti è emerso che:

• il 73% dichiara di prescrivere visite specialistiche per ragioni di medicina difensiva; tali prescrizioni costituiscono il 21% di tutte le prescrizioni.

• il 71% dichiara di prescrivere esami di laboratorio per ragioni di medicina difensiva; tali prescrizioni costituiscono il 21% circa di tutte le prescrizioni.

• il 75,6% dei medici dichiara di prescrivere esami strumentali per ragioni di medicina difensiva e, mediamente, tali prescrizioni rappresentano il 22,6% circa di tutte le prescrizioni.

• circa il 49, 9% dei medici dichiara di prescrivere ricoveri per ragioni di medicina difensiva e, mediamente, tali prescrizioni costituiscono l’11% circa di tutte le prescrizioni.

Circa il 59% dei medici pensa che potrebbe essere citato in giudizio, mentre il 40% si dice pentito di aver intrapreso la professione medica.

Altri studi mettono in evidenza come all’elevata incidenza della medicina difensiva nella pratica medica corrisponda negli ultimi anni una crescita esponenziale delle richieste di risarcimento da parte dei pazienti. Da una ricerca dell’AINA (Associazione Nazionale Imprese Assicuratrici) del 2009, emerge che le denunce fatte all’autorità giudiziaria dal 1995 al 2009 sono passate da poco più di 17.000 a circa 34.000, l’80% dei quali risulta infondato (www.ania.it).

Negli ultimi anni l’elevata incidenza e problematicità della medicina difensiva dal punto di vista economico e sociale, ha portato vari interlocutori istituzionali ed enti di ricerca, in ambito giuridico sociologico e psicologico, ad occuparsene[[5]](#footnote-5) e proporre diverse analisi del fenomeno. Tra i fattori individuati come quelli che hanno contribuito a questo esponenziale incremento: l’inadeguata legislazione in materia di responsabilità professionale dei medici, il cattivo funzionamento delle organizzazioni sanitarie, l’aumento della tecnologia nella pratica medica. Qui si sottolinea come centrale una questione: il cambiamento dei modelli relazionali nel rapporto medico e paziente (Carli et al., 2016).

***Modelli relazionali della relazione medico - paziente***

Nel passato il funzionamento del sistema sanitario si fondava sulla relazione diadica medico - paziente, basata sul potere assoluto del medico e sull’affidamento passivo e acritico del paziente. Il malato era affidato, in un rapporto di dipendenza assoluta, alle cure del sistema sanitario, che perseguiva il bene proprio del paziente assumendo una funzione che Fornari definisce onfalicentrica[[6]](#footnote-6) (Fornari, 1976). Tale funzione era possibile solo entro la totale regressione del malato, rappresentato simbolicamente come un essere indifeso, passivo e totalmente dipendente. In questo assetto relazionale, la pretesa dell’aderenza alle procedure mediche prescritte dal sistema sanitario non prevedeva alcuna comunicazione, e su questo si fondava il potere medico e il controllo su malattia e paziente (Carli, 2013).

La funzione onfalicentrica del prendersi cura coesiste, ci dice Fornari, con la funzione fallocentrica del curare che simbolizza la malattia quale male altro da estirpare. Questa funzione non prevede l’esistenza del paziente in quanto persona malata portatrice di vissuti in rapporto alla malattia stessa e al contesto ospedaliero. La soggettività del malato e della sua famiglia, in altre parole, viene espulsa dal sistema sanitario, considerata come elemento irrilevante se non disturbante la prassi medica, e in ogni caso non pertinente alla medicina in quanto scienza (Canguilhem, 1966/1988).

La negazione della soggettività del malato e della sua famiglia e l’assenza della comunicazione nella relazione medico - paziente sono modalità fortemente problematiche di stare in rapporto al malato, e oggi alla base del conflitto tra cittadini e sistema sanitario (Carli et al, 2016). Il modello relazionale che le rendeva possibili prevedeva l’assunzione da parte del malato del ruolo di paziente passivo, acritico e completamente dipendente, ma partire dagli anni Settanta[[7]](#footnote-7) questo rapporto cambia. Il malato è un cittadino portatore di diritti, capace di associarsi e segnalare mancanze e disattenzioni degli operatori sanitari.

All’affidamento passivo e acritico si affianca una modalità conflittuale e critica dei familiari e dei pazienti di stare in rapporto. Pazienti e famiglie vogliono essere informati su diagnosi, prognosi, sui tempi e i modi dell’intervento terapeutico, e chiedono di essere parte attiva nella costruzione del processo di cura. Diverse ricerche in ambito psicologico e sociologico hanno evidenziato come la qualità delle informazioni date sia tra i fattori determinanti per la soddisfazione del paziente (Drossman, 1997; Brédart et al., 2005; Eide et al., 2003). Su questa funzione comunicativa il sistema sanitario è culturalmente impreparato, perché privo di modelli simbolici del rapporto che permettano di farsi carico dei vissuti dell’altro e quindi della sua esigenza di essere informato. Da qui il conflitto. In questo nuovo assetto relazionale la dinamica simbolica medico - paziente cambia: quest’ultimo da “amico acritico” diviene il “nemico critico” da cui difendersi per prevenire possibili azioni giudiziarie nei confronti dell’operato medico (Carli et al., 2016).

*Obiettivi e contesto*

L’intervento resocontato è stato realizzato nell’ambito del *Progetto per lo sviluppo della relazione operatori sanitari - pazienti nel Percorso Nascita* del Presidio Ospedaliero San Filippo Neri di Roma. Il progetto è stato avviato dalla UOC Prevenzione e Protezione Rischi e Risk management della ASL RM1 nel gennaio 2016 ed è stato rivolto agli operatori e ai pazienti del Dipartimento Materno Infantile del San Filippo Neri.

Tale progetto si colloca nel più ampio intervento sul Rischio Psicosociale avviato da SPS, Studio di Psicosociologia, in collaborazione con il Servizio PPR e su committenza di quest’ultimo. Nel 2008 PPR e SPS avviano una ricerca intervento sul Rischio Psicosociale[[8]](#footnote-8) rivolto agli operatori sanitari del San Filippo Neri. All’attività di ricerca fanno seguito incontri di formazione e affiancamento del personale in alcuni reparti, tutt’ora in corso. L’obiettivo è promuovere la competenza organizzativa e con essa la qualità del servizio. Ci si occupa in particolare del rapporto tra utenti e operatori. Dalla ricerca era emerso che Unità Operative come Neonatologia e altre, quali il Poliambulatorio e il Pronto Soccorso, che prevedono la costante presenza di utenti "non pazienti", come i familiari delle persone ricoverate, sono a forte rischio psicosociale.

Nel caso di Neonatologia, la complessità del rapporto con i genitori è all’origine, circa 4 anni fa, della richiesta a PPR di capire il senso di alcuni eventi conflittuali avvenuti tra famiglie dei neonati e operatori. In alcuni casi tali conflitti erano esitati in richiami, denunce o indagini da parte della commissione disciplinare dell’Ospedale. Un evento in particolare aveva disorientato gli operatori: la minaccia di una denuncia da parte di alcuni genitori, a conclusione del ricovero della propria figlia dopo tre mesi di degenza in Terapia Intensiva Neonatale. Questo avveniva in un momento in cui il miglioramento delle condizioni di salute della bambina rendeva possibile la sospensione delle terapie e procedure mediche.

Ne era derivato un intervento per il quale due specializzande SPS – una ero io – sono state presenti in reparto, in particolare durante l’orario d’ingresso dei genitori, cooperando a manutenere il rapporto con loro: sia spiegando cosa stava accadendo mentre gli operatori erano impegnati a effettuare interventi senza la possibilità di parlargli, sia condividendo ipotesi con gli operatori su quanto stava accadendo entro la relazione, quando stavano per crearsi incidenti provocati da fraintendimenti.

***Metodologia***

Nell’intervento saranno centrali, dal punto di vista metodologico, l’esplorazione dei vissuti e delle simbolizzazioni emozionali caratterizzanti il rapporto tra gli operatori e le famiglie dei piccoli pazienti ricoverati e la condivisione delle ipotesi interpretative elaborate circa tali dinamiche. Pensare i vissuti, altrimenti agiti, nella relazione con i familiari del paziente, farà emergere la difficoltà di far convivere l’invarianza delle procedure sanitarie con la soggettività portata dalle famiglie dei pazienti ricoverati.

Ricordiamo che ciò avviene in un contesto come la Patologia Neonatale, in cui rapportarsi al paziente sano[[9]](#footnote-9) o comunque non in pericolo di vita, fa fallire la cultura della tecnicalità che caratterizza in modo particolare un’unità con un tale grado elevato di specializzazione, e la pretesa che i familiari vivano un totale affidamento al servizio condividendo la centratura sulle procedure sanitarie del reparto.

In questo intervento, come nei quattro anni di tirocinio presso il Servizio, mi sono avvalsa del resoconto; questo è stato utile non solo a me, ma anche per aprire spazi di pensiero con diversi interlocutori: le psicologhe del servizio SPPR, i referenti e gli operatori dei reparti, i colleghi e i docenti della scuola di specializzazione in psicoterapia SPS. Intendendo il resocontare come metodologia che consente il passaggio dalle emozioni vissute nella relazione a una loro categorizzazione (Carli, 2007).I resoconti sono stati preziosi per costruire una storia mediata dal pensiero e dalle parole del rapporto tra SPPR e il reparto e tra il reparto e propri pazienti, rendendo anche possibile una continuità nell’intervento, che ha visto alternarsi gruppi di lavoro all’interno del servizio SPPR e avvicendarsi referenti dei reparti, in un momento di grande cambiamento organizzativo per l’ospedale[[10]](#footnote-10).

***Il caso: Pamela e suoi***

Resoconto il primo dei due incontri avuti nel reparto di Neonatologia con Pamela e la sua famiglia. Al mio ingresso nella UOC, neonatologa e infermiere della patologia neonatale mi chiedono una “consulenza” sulla madre di un bambino ricoverato. Dicono che Ostetricia e Ginecologia, al momento del ricovero del neonato, ha comunicato loro che la donna assume diversi psicofarmaci. La neonatologa mi fa vedere, scritta in cartella, “la lunga lista” dei farmaci che la paziente ha dichiarato di assumere e che sono stati rintracciati nelle analisi del bambino. Mi aspettava per parlarmi del caso, ed è contenta di avermi in reparto, perché a breve la donna verrà a trovare il figlio. Così potrò “osservare i suoi comportamenti”. Di lì a poco, arriverà Pamela, accompagnata da due infermiere che spingono la sua sedia a rotelle. Viene avvicinata all’incubatrice dove si trova il bambino e lasciata lì da sola mentre il bambino rimane in culla. La neonatologa aggiunge che i farmaci riportati in cartella sono indicati nel trattamento degli stati ansiosi e depressivi (si tratta di benzodiazepine, litio, ecc…), ma che non c’è stata alcuna segnalazione da parte dei servizi sociali, né del tribunale dei minori. È stata la famiglia a dichiarare il tipo di farmaci assunti, al momento del parto. Non sanno, quindi, che tipo di procedure attivare per “gestire gli ingressi della donna e le modalità di permanenza con il bambino”. Mattias è in incubatrice perché, anche se i primi esami non hanno evidenziato nessun sintomo, il rischio è che possa sviluppare la Sindrome di Astinenza Neonatale, dovuta ai farmaci assunti da Pamela in gravidanza. Anche se, dice la neonatologa, sarebbe insolito che questo avvenisse dopo il secondo giorno di vita. Pensa di fare il test di Finnegan. Non lo conosco, quindi chiedo. È un test che comprende 31 item, corrispondenti ciascuno a sintomi e segni frequentemente presenti nella SAN: a ciascun item viene attribuito un punteggio variabile, a seconda della presenza e gravità di esso nel neonato. Il test viene eseguito dal personale medico e infermieristico, da due ore dopo la nascita; poi si fa ogni 4 ore per 48 ore, con un operatore dedicato per l’osservazione e il reporting. Aggiunge che durante il test, nelle prossime 48 ore, la madre non potrà prendere in braccio il bambino, perché c’è il rischio che questo falsifichi il test. Mi spiega che i sintomi valutati, quali pianto e tremori, sono comportamenti che potrebbero essere alterati dalla madre nel prendere in braccio il figlio, considerando che “potrebbero tremarle le mani e non avere una presa sicura”. Dico che anche a lei forse tremano le mani a pensare di “dare” Mattias in braccio a Pamela. Dice che è preoccupata, perché non sa che comportamenti potrebbe avere con il bambino, che fino ad ora non le è mai stato dato in braccio. Considerando che durante la sua permanenza in reparto “si comporta stranamente: non ha mai alzato lo sguardo da terra o parlato con noi, e non mostra alcun interesse nei confronti del bambino”. Hanno parlato, invece, la madre e la sorella di Pamela, chiedendo a una sua collega informazioni sulla salute del bambino e su quando potrà essere portato in stanza dalla madre. Anche oggi la famiglia di Pamela è ad aspettare, fuori dalla porta, di poter parlare con qualcuno per sapere quando potranno vedere il bambino. Sono domande a cui né lei né la collega possono, rispondere, mi dice. “Insomma” aggiunge: “come faccio adesso a mandarlo al nido, se dovesse lanciarlo dalla finestra i guai saremmo noi a passarli; cioè io che sono di guardia, ho la responsabilità di quello che succede ai bambini di fronte al tribunale ma anche alla famiglia”.

Il vissuto di pericolosità evocato da Pamela è organizzato dall’impossibilità di rendere lei e il figlio oggetto di una procedura sanitaria standardizzata[[11]](#footnote-11), che consenta di controllare paziente e famiglia e tutelare gli operatori da possibili controversie legali. Pamela non è individuata dal sistema sanitario come malata mentale (non è segnalata dai servizi sociali, non ha diagnosi) ma neanche mostra il comportamento prescritto e atteso in una neo mamma (non sorride, non parla, non chiede di poter prendere il figlio...ecc..). Quanto al piccolo Mattias, è in incubatrice, ma senza ricevere terapie perché non mostra alcun sintomo. Diagnosticare Pamela come depressa, e segnalarla al Tribunale dei minori, permetterebbe di attivare le procedure previste dalle linee guida del reparto (nei casi di malattia mentale o tossicodipendenza). Ma questa si è dimostrata, in casi analoghi, una scelta molto problematica, soprattutto per gli operatori. Le segnalazioni comportano lunghe permanenze[[12]](#footnote-12) (anche di mesi) di neonati sani nell’unità di patologia, con forti conflitti tra sanitari e genitori dei bambini. Alcuni dei quali esitati in momenti di forte tensione e violenza all’interno del reparto, con minacce di denunce e in alcuni casi controversie legali. Trasferire Mattias al nido, d’altro canto, esporrebbe comunque a rischio di un’eventuale denuncia. Il test di Finnegan permette di prendere tempo, sottraendosi al rapporto con la famiglia. Si può concludere il turno, lasciandola senza alcuna informazione, in un’attesa[[13]](#footnote-13) che ribadisce l’assoluto potere del medico nel rapporto. Al tempo stesso, è l’applicazione di una procedura standard, prevista dalle linee guida dell’ospedale, che tutela in caso di procedimento giudiziario.

Chiedo alla neonatologa che pensa di Pamela. Dice che non le sembra possa prendersi cura del bambino, e neanche forse capire cosa sta accadendo; da qui il suo timore di affidarle Mattias. Propongo che la paura di cui parla sia dovuta, più che a Pamela, alla complessità del caso, che non permette di seguire procedure note, standardizzate e previste dal reparto. Faccio notare che vivere Pamela come pericolosa (per suo figlio, per il reparto) attiva dei comportamenti difensivi con conseguenze problematiche (il test di Finnegan significa una lunga attesa per Pamela e i familiari) che non permettono di vedere un aspetto importante nel rapporto tra la donna e la UOC: Pamela chiede alle infermiere di essere accompagnata dal figlio. Rintracciare il desiderio nel rapporto tra Pamela e il bambino, permette di passare dal bisogno di controllare la pericolosità di Pamela al voler comprendere come stare in rapporto alla donna e alla sua soggettività, a come vive la situazione in cui si trova. Aggiungo che da quanto capisco sappiamo poco di quello che è accaduto alla donna in questi mesi, e chiedo se qualcuno degli operatori ha potuto parlare con Pamela o con i suoi familiari. Mi dice di no; i familiari sono rimasti sempre fuori in attesa.

Le propongo di parlare con Pamela e suoi, invitandoli ad entrare. Possiamo pensarli come risorse per capire meglio, possiamo chiedere e dare informazioni, sapere di più sulla loro storia, condividere il senso di questa attesa e delle procedure diagnostiche che si pensa di attuare. Si può condividere con loro l’impasse e il bisogno di capire meglio cosa fare, considerando che i farmaci rilevati nel sangue di Mattias implicano una serie di azioni previste dall’ospedale. In questo primo incontro la madre e la sorella ci raccontano la storia di Pamela. La donna ha avuto un aborto spontaneo al sesto mese, nella gravidanza precedente a questa; l’evento l’ha fatta precipitare in uno stato depressivo e di forte ansia, per il quale ha dovuto intraprendere una terapia farmacologica. Pamela è in cura da circa un anno da uno psichiatra, che le ha prescritto i farmaci. Pensavano che con il parto sarebbe stata meglio, ma questi giorni sono stati difficili per lei: “non poter stare con il bambino, vederlo chiuso nell’incubatrice, la deprime ancora di più”. L’incontro si chiuderà con un accordo che permetterà di uscire dall’impasse: chiedere allo psichiatra che segue Pamela una relazione in cui esprima un parere rispetto alla idoneità genitoriale di Pamela; dare a uno dei familiari l’incarico di entrare sempre insieme a Pamela in reparto e di rimanere accanto a lei a al figlio fino alla sua permanenza in patologia. Quanto alla dottoressa, terrà sotto osservazione Mattias per 72 ore dalla nascita, per vedere se manifesta i sintomi di SAN. Il bambino non manifesterà nessun tipo di sintomo, e sarà, nei giorni successivi, trasferito al nido. Non verrà fatta dal reparto alcuna segnalazione al Tribunale dei minori e dopo circa una settimana dal parto Pamela e Mattias torneranno a casa.

***Conclusioni***

Nel caso emerge una questione centrale per lo sviluppo di un’offerta di servizi rivolti ai cittadini: il contesto sanitario non è attrezzato a stare in rapporto al paziente e alla sua famiglia se non attraverso azioni prescrittive (farmaci, procedure diagnostiche, accompagnati dall’attesa di comportamenti previsti). La medicina difensiva non fa che enfatizzare l’esclusione della soggettività, dal rapporto e dal paziente. Eseguire il test di Finnegan, ad esempio, permette di rimandare il dover trattare con la famiglia le questioni (sanitarie e legali) che la particolare condizione in cui si trovano Pamela e Mattias pongono al reparto. Ma non permette di uscire dall’impasse: se mandare il bambino al nido e in camera con Pamela (non facendosi carico del problema segnalato da ostetricia: l’assunzione di psicofarmaci in gravidanza, come il protocollo prevede) o se fare una segnalazione al Tribunale.

Quando vengo implicata nel caso, inizialmente mi sento angosciata: temo di essere sedotta dal sentirmi affidare un compito impossibile, che mi rende “importante” e impotente al tempo stesso. Dovrei osservare i comportamenti di una madre che ha appena partorito, che se ne sta zitta di fronte al figlio nell’incubatrice, e di lì dare indicazioni sulla sua adeguatezza genitoriale, confrontandomi con lo standard emozionale prescritto dal reparto a una neomamma. Ero anche frustrata nel pensare che la funzione che pensavo di aver sviluppato nel rapporto con gli operatori ospedalieri sembrava sconfermata. Anche io mi sentivo in un’impasse: non potevo adempiere, ma non potevo neanche sottrarmi. Tuttavia, fermandomi a pensare, colgo che la neonatologa ha chiesto un parere a me come psicologa, e non si è avvalsa della consulenza psichiatrica dell’ospedale. C’è un desiderio di confronto con me sui problemi che le pone la presenza di Pamela; questo mi permette di cogliere una sua domanda: capire cosa farne dell’ansia che la situazione le suscita. Anche per uscire dall’impasse nel rapporto con Pamela ci aiuta rintracciarne la domanda: essere aiutata a stare con figlio. Possiamo riconoscere che Pamela è sempre puntuale, e che chiede sempre di essere portata in reparto durante l’orario di visita.

La cultura sanitaria non ha modelli relazionali che permettano di riconoscere la soggettività, ma la psicologia sì. Contesti come la Terapia Intensiva Neonatale, con la presenza dei genitori – non pazienti accanto ai piccoli pazienti, sono tra quelli in cui il controllo del profano attraverso la prescrizione medica fallisce, e in cui può svilupparsi una domanda nei confronti della psicologia clinica.

**Bibliografia**

ANIA (2014). Malpractice: Il grande caos [Malpractice: the big chaos]. Retrieved from http://www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/Dossier-e-position-paper/Dossier-ANIA-Malpractice-il-grande-caos.pdf

Atzori, E., & Cinalli, S. (2013). L’intervento psicologico clinico sul rischio psicosociale entro l’A.C.O. San Filippo Neri [The clinical psychological intervention on psychosocial risk within the San Filippo Neri]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, 1,* 63-66. Retrieved from http://www.rivistadipsicologiaclinica.it.

Avraham, R. (2010). Clinical practice guidelines: the warped incentives in the US healthcare system. *Am J L Med,* 7.

Brédart, A., Bouleuc, C., & Dolbeault, S. (2005). Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Current Opinion in Oncology*, *17*, 351-354.

Brescia, F., & Mazzeo, G. (2012). Valutazione del rischio psicosociale in ospedale [Psychosocial risk assessment in Hospital]. *Rivista di Psicologia Clinica, 1,* 63-75. Retrieved from http://www.rivistadipsicologiaclinica.it

Canguilhem, G. (1998). *Il normale e il patologico* [The normal and the pathological] (M. Porro, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1966)

Carli, R. (2007). Notazioni sul resoconto [Notes on the report]. *Rivista di Psicologia Clinica, 2,* 186-206. Retrieved from http://www.rivistadipsicologiaclinica.it

Carli, R. (2013). Psicologia clinica e Ospedale: Introduzione al tema [Clinical psychology and Hospital: Introduction to the issue]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, 1*, 55 -62.

Retrived from http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia* [The culture of mental health services in Italy]. Milano: FrancoAngeli.

Carli, R., Paniccia, R.M., Policelli, S., & Caputo, A. (2016). Clinical Psychology in Hospital setting. In M.F. Freda & R. De Luca Picione (Eds.), *Cultural Construction of Social Roles in Medicine*. Charlotte, North Carolina: Information Age Publishing.

Carli, R, Paniccia, R.M., & Salvatore, S. (1995). La dinamica del rischio e la sicurezza sul lavoro [Dynamics of risk and safety at work]. In Fondazione Enérgeia. *La sicurezza sul lavoro (D. L. 626/94)* (pp.55-80). Roma: Fondazione Enérgeia Edizioni.

Cinalli, S. (2012). Il Servizio Prevenzione e Protezione Rischi: Quadro normativo di un sistema di sicurezza globale [The Prevention and Protection Risk Service: The regulatory framework of a comprehensive security system]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 42-43. Retrieved from http://www.rivistadipsicologiaclinica.it.

Drossman, D.A. (1997). Psychosocial sound bites: exercises in the patient-doctor relationship. *The American Journal of Gastroenterology*, 92 (9), 1418-1423.

Eide, H., Graugaard, P., Holgersen, K., & Finset, A. (2003). Physician communication in different phases of a consultation at an oncology outpatient clinic related to patient satisfaction. *Patient Education and Counselling*, *51*, 259-266.

Fondazioneistud (2012). *Impatto sociale, economico e giuridico della pratica della medicina difensiva in Italia e negli Stati Uniti* [Social, economic and legal impact of the practice of defensive medicine in Italy and in the United States]. Retrieved from http://www.istud.it/up\_media/pw\_scienziati/medicina\_difensiva.pdf

Fornari, F. (1976). *Simbolo e codice. Dal processo psicoanalitico all’analisi istituzionale* [Symbol and Code. From psychoanalytic process to institutional analysis]. Milano: Feltrinelli.

Lisci, E. (2009). La funzione psicologica entro il contesto ospedaliero come competenza a pensare le relazioni: un servizio di prevenzione e protezione dai rischi [The function of psychology in the hospital context as the competence of thinking about relations: a risk prevention and protection service]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 30-32. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>.

Ordine provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (2010). *Chi si difende da chi? E perché? I dati della prima ricerca nazionale sulla medicina difensiva*. Roma, 23 Novembre 2010, Senato della Repubblica. Retrieved from http://www.amcitorino.it/iniziative/luned%EC%20AMCI%202012\_13/Caccetta18Mar.pdf

Sitografia

[www.istud.it/up\_media/pw\_scienziati/medicina\_difensiva.pdf](http://www.istud.it/up_media/pw_scienziati/medicina_difensiva.pdf)

1. \* Psicologa, Psicoterapeuta, Specialista del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica - Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-mail: silviapolicelli@gmail.com

Policelli, S. (20017). Medicina difensiva e sviluppo della competenza organizzativa entro il contesto sanitario. Un intervento psicologico clinico con operatori sanitari e pazienti nel Dipartimento Materno Infantile del SFN di Roma [Defensive medicine and development of organizational competence in healthcare system. A clinical psychology intervention with hospital workers and patients in the Maternity ward of the SFN in Rome]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, 2*, 17-25. Retrived from http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni [↑](#footnote-ref-1)
2. \* Psicologa, Psicoterapeuta, Specialista del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica - Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-mail: silviapolicelli@gmail.com

Policelli, S. (20017). Medicina difensiva e sviluppo della competenza organizzativa entro il contesto sanitario. Un intervento psicologico clinico con operatori sanitari e pazienti nel Dipartimento Materno Infantile del SFN di Roma [Defensive medicine and development of organizational competence in healthcare system. A clinical psychology intervention with hospital workers and patients in the Maternity ward of the SFN in Rome]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, 2*, 17-25. Retrived from http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni [↑](#footnote-ref-2)
3. La ricerca ha considerato un campione di 2.783 soggetti, stratificato per classe d’età e area geografica, rappresentativo di tutti i medici italiani (esclusi gli odontoiatri) fino a 70 anni, attivi in tutti i ruoli (ospedali, case di cura, medicina di base) nel settore pubblico e in quello privato. [↑](#footnote-ref-3)
4. La medicina difensiva è così definita nel 1994 dall’OTA, Office of Technology Assessment, U.S. Congress: “La medicina difensiva si verifica quando i medici prescrivono test, procedure diagnostiche o visite, oppure evitano pazienti o trattamenti ad alto rischio, principalmente (ma non esclusivamente) per ridurre la loro esposizione ad un giudizio di responsabilità per malpractice. Quando i medici prescrivono extra test o procedure, essi praticano una medicina difensiva positiva; quando evitano certi pazienti o trattamenti, praticano una medicina difensiva negativa” ([www.istud.it/up\_media/pw\_scienziati/medicina\_difensiva.pdf](http://www.istud.it/up_media/pw_scienziati/medicina_difensiva.pdf)) [↑](#footnote-ref-4)
5. Il Ministero della Salute ha istituito nel 2015 una Commissione parlamentare per approfondire le tematiche relative alla responsabilità professionale e alla medicina difensiva e l'individuazione di possibili soluzioni, anche normative. [↑](#footnote-ref-5)
6. Fornari individua due funzioni della medicina nei confronti del malato: la cura del male altro che il paziente in quanto malato porta (funzione fallocentrica) e il prendersi cura del bene proprio del malato stesso (funzione onfalicentrica). Quest’ultima da onfalos, ombelico simbolo del legame tra il feto e la madre. Il rapporto medico - paziente è quindi metaforicamente paragonabile a quello madre - bambino. [↑](#footnote-ref-6)
7. Due sono gli eventi che hanno determinato questo cambiamento: “Il primo evento passa sotto il nome di “aziendalizzazione” della sanità. Consegue alle riforme del sistema sanitario che, nel nostro paese hanno avuto inizio nel 1978 con la legge 833, istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale. Con le riforme si è rovesciato il rapporto tra finanziamento e prestazione sanitaria. Questa inversione del rapporto tra spesa pubblica e sanità comporta una perdita del potere illimitato del sistema sanitario. Parallelamente alla riforma dovuta alla legge 833 del 1978, è iniziata, da parte di istituzioni esterne alla sanità, la valutazione del funzionamento sanitario. Il sistema sanitario, nel passato esente per ragioni di forte coesione corporativa da ogni valutazione di competenza, è stato via via sottoposto a verifiche, anche impietose, non solo della competenza medica, ma anche e soprattutto della sua capacità di rispondere in modo civile e accettabile alla domanda dei cittadini. Questa verifica, ha istituito un significativo conflitto tra cittadini e sistema sociale da un lato, sistema sanitario dall’altro.” (Carli, 2013, p. 58). [↑](#footnote-ref-7)
8. Tale rilevazione si fonda sull’ipotesi che il rischio psicosociale sia una incompetenza organizzativa in rapporto alla cultura locale del personale sanitario. Una rappresentazione del personale del proprio mandato sociale, della propria mission e dell’orientamento al cliente non utile a conseguire obiettivi (Atzori & Cinalli, 2013; Brescia & Mazzeo, 2012; Carli, Paniccia & Salvatore, 1995; Cinalli, 2012; Lisci, 2009). [↑](#footnote-ref-8)
9. Come visto in premessa, al vecchio modello relazionale di affidamento passivo se ne affianca uno fondato sul conflitto. I contesti dove più si verifica questo nuovo assetto relazionale sono quelli che trattano con il paziente non in pericolo di vita. [↑](#footnote-ref-9)
10. La Regione Lazio alla fine degli anni 2000 inizia a intraprendere azioni orientate a limitare e chiudere alcune attività dell’ospedale; per questo motivo, alcune Unità Operative che non debbono rispondere più a criteri di eccellenza. Da Azienda Ospedaliera con poli specializzati nel trattare patologie specifiche e complesse, il San Filippo Neri diviene nel 2015 Presidio Ospedaliero a gestione diretta della Asl RME ed ora della Asl RM1. Diventa così orientato all’erogazione di servizi territoriali molti dei quali rivolti al paziente sano o con malattie croniche, quali ambulatori e day hospital. Questo processo ha implicato l’accorpamento di alcuni reparti e la chiusura di altri, con la dimissione di alcuni primari e coordinatori e l’arrivo di nuovo personale. Nel caso della Neonatologia, dal 2012 viene avviata la chiusura della Terapia Intensiva Neonatale, mentre dal 2015 c’è l’accorpamento con la neonatologia dell’Ospedale Santo Spirito. [↑](#footnote-ref-10)
11. La legge che disciplina la responsabilità professionale medica nel caso di evento avverso, quindi di morte o grave lesione del paziente dovuta all’atto medico, deresponsabilizza il medico nel caso in cui abbia messo in atto la procedura medica prevista dal caso aderendo completamente al protocollo. [↑](#footnote-ref-11)
12. Nell’attesa che il tribunale dia una valutazione dell’idoneità genitoriale, la patria potestà viene sospesa e il bambino affidato al reparto, in cui può rimanere anche diversi mesi prima che venga individuata una casa famiglia pronta ad accoglierlo, oppure venga ripristinata la potestà genitoriale. [↑](#footnote-ref-12)
13. Il neonato è in Patologia senza sintomi ma nell’attesa di svilupparli, Pamela aspetta di poter prendere per la prima volta in braccio il figlio, i familiari per il secondo giorno sono fuori in attesa di sapere. [↑](#footnote-ref-13)