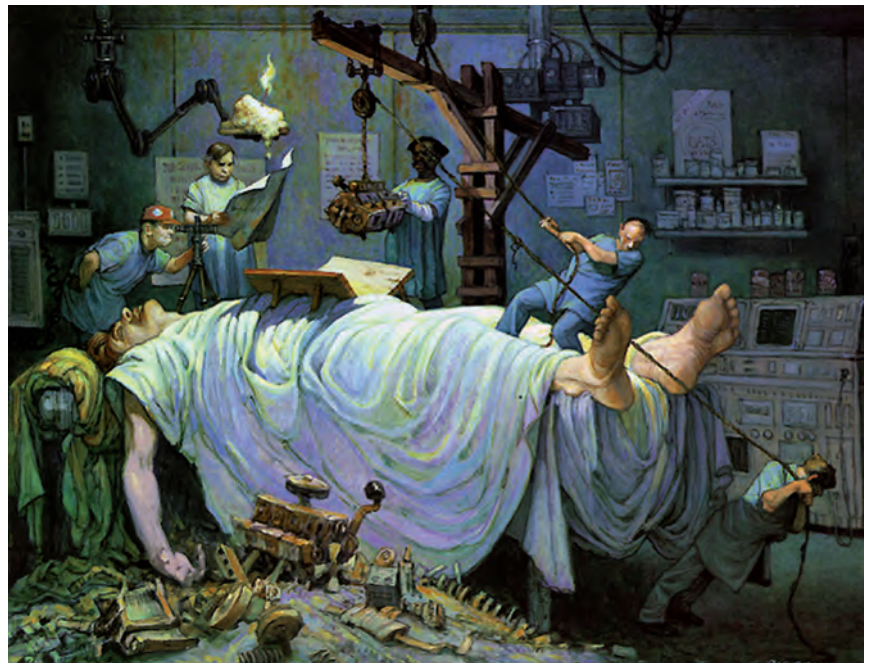


Maria Cristina Parravicini

Medicina difensiva

Tendenza criticabile, così come la “medicina dell’obbedienza giurisprudenziale” verso cui la medicina delle evidenze e delle scelte sembra stia declinando

“Chi si difende da chi? E perché?” È il titolo della prima ricerca nazionale sulla medicina difensiva realizzato dall’Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Roma con lo scopo di completarne uno analogo condotto nel 2008 sul solo territorio della Capitale. Obiettivo dello studio, coordinato e illustrato da Aldo Piperno, Ordinario di Sociologia dei Fenomeni Economici e del Lavoro presso l’Università Federico II di Napoli, si pone l’obiettivo di evidenziare e quantificare le dimensioni sul territorio nazionale della medicina difensiva, cioè di quelle prescrizioni originate dal timore dei medici di essere oggetto di denunce da parte dei pazienti. Un fenomeno in crescita che ha una rilevante incidenza economica sulla sanità pubblica e sulla spesa privata, con presumibili ricadute negative anche sulle liste d’attesa. La raccolta dei dati, realizzata tra il 2009 e il 2010, indaga con un apposito sondaggio e criteri statistici un campione probabilistico di 2.783 unità, 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



José Pérez, *Il chirurgo 1929*, olio su tela, collezione privata

(ospedali, case di cura, medicina di base) nel settore pubblico e in quello privato. A fronte di questi dati, è stato stimato il volume totale di medicina difensiva, il suo impatto economico generale e specifico, le eventuali differenziazioni per settore e tipo di prescrizione. La fotografia dello stato d’animo dei medici italiani riconferma l’immagine di una categoria professionale che si sente sotto assedio giudiziario e mediatico, come confermano i dati: il 78,2% si sente più a rischio di denuncia rispetto al passato, il 68,9% pensa di avere il 30% di probabilità di essere denunciato e il 25% circa dichiara che tale probabilità è anche superiore. Soltanto il 6,7% dei medici giudica

nulla la probabilità di una denuncia. Complessivamente, ben il 65,4% si ritiene sotto pressione nella pratica clinica quotidiana. Lo studio individua poi altri fattori di incidenza sulla medicina difensiva, quali: la percezione della figura del medico presso la pubblica opinione (65,8%), le eventuali iniziative da parte della magistratura (57,9), le esperienze di contenzioso di altri colleghi (48,4%), la necessità di prevenire e tutelarsi da sanzioni comminate da strutture e servizi di appartenenza (43,1%), il timore della compromissione della carriera (27,8%), la paura di menzioni

negative da parte di giornali e TV (17,8%), la paura di perdere i propri pazienti (10,6%), le eventuali critiche dei colleghi (9,6%).

Inoltre, nemmeno l'attuale quadro legislativo consente di lavorare serenamente: circa il 77,2% dei medici ritiene che le norme che oggi disciplinano la responsabilità professionale si ripercuotano negativamente sulla qualità delle cure e, per circa l'83%, anche nel rapporto con il paziente.

Circa il rapporto con il paziente, lo studio evidenzia poi che il 31,6% dei medici giudica insufficiente il tempo a disposizione per le visite, mentre il restante 69,6% lo ritiene sufficiente o più che sufficiente.

Quanto alle prescrizioni, l'85,5% afferma di attenersi a eventuali linee guida, protocolli o standard. Prescrizioni che per un 30,1% dei medici sono abbastanza o molto influenzate dal costo.

La possibilità di incorrere in errori è riconosciuta dal 36% del campione esaminato che ammette che gli errori potenzialmente dannosi (non gli errori in generale) compiuti dai medici sono abbastanza o molto diffusi. Per difendersi circa il 73,6% ricorre a un'assicurazione RC personale. Il dettaglio delle diverse voci che contribuiscono a gonfiare la spesa sanitaria e a ingolfare le liste d'attesa vede il 53% del campione dichiarare di prescrivere farmaci a titolo difensivo e, mediamente, tali prescrizioni rappresentano il 13% circa della totalità. Il dato si impenna al 73% nel capitolo delle visite specialistiche che rappresentano in media il 21% delle richieste complessive. All'incirca

sullo stesso valore il ricorso a esami di laboratorio prescritti dal 71% dei medici, con una media del 21% su quelli complessivi. La percentuale più alta è rappresentata dagli esami strumentali: il 75,6% vi ricorre per un surplus di sicurezza con un'incidenza del 22,6% su tutti gli accertamenti richiesti. La cifra si ridimensiona alla voce ricoveri cui ricorre il 49% degli interpellati mentre, quelli che potrebbero essere evitati rappresenta l'11% del totale.

In riferimento alle singole voci, il fenomeno della medicina difensiva varia, se pur leggermente, in base all'età (soprattutto se giovane), al ruolo (per lo più se riferito all'assistenza primaria), alla specializzazione (maggiormente in medicina interna, nefrologia-urologia, neurologia e neurochirurgia, ortopedia, ostetricia-ginecologia, medicina d'urgenza, cardiologia) e alla localizzazione geografica (accentuato tra i residenti nelle regioni del Sud e delle Isole).

In base ai dati raccolti su scala nazionale, l'indagine ha stimato pari al 10,5% l'incidenza della medicina difensiva generata da tutti i medici pubblici e privati sul SSN (farmaci 1,9%, visite 1,7%, esami di laboratorio 0,7%, esami strumentali 0,8%, ricoveri 4,6%). Sulla spesa privata l'incidenza sale al 14%, prendendo in esame solo i medici privati (farmaci 4%, visite 2,1%, esami di laboratorio 0,6%, esami strumentali 0,4%, ricoveri 0,1%). Sulla spesa totale si attesta all'11,8%, comprendendo quella generata da tutti i medici pubblici e privati (farmaci 3,7%, visite 2,4%, esami di laboratorio 0,8%, esami strumentali 0,8%, ricoveri 3,2%).



Umberto Genovese

La medicina difensiva vista dal medico legale

Umberto Genovese, coordinatore del Laboratorio di Responsabilità Sanitaria della Sezione Dipartimentale di Medicina Legale dell'Università degli Studi di Milano, ricorda che «una definizione americana di oltre una quindicina di anni fa (Office Technology Assessment, 1994) individuava nella medicina difensiva quell'atteggiamento dei medici caratterizzato dal prescrivere test, trattamenti o visite, o dall'evitare pazienti o trattamenti ad alto rischio, primariamente (ma non necessariamente in modo esclusivo) allo scopo di ridurre la propria esposizione al rischio di accuse di malasanità. In buona sostanza la medicina difensiva è quel qualcosa che non è richiesto per l'accertamento e la cura del caso in particolare, ma che porta il medico a fare quel quid in più o in meno per tutelarsi da un punto di vista di un possibile

contenzioso. A tale riguardo si deve anche segnalare che il discorso circa il più o il meno, viene affrontato da pochi, i più soffermandosi, infatti, soltanto sull'eccesso di prestazioni, che induce evidentemente a un incremento della spesa sanitaria non giustificata. Ma anche il meno rileva. Infatti, quando i medici eseguono extra-test o trattamenti primariamente per ridurre le accuse di malasanità si parla di medicina difensiva positiva (attiva), ma, analogamente, possono essere addirittura evitati determinati pazienti o interventi, così da praticare una medicina difensiva negativa (omissiva). Quest'ultima forma, anche se a impatto inferiore per quanto riguarda le ricadute dirette di tipo economico, si sostanzia nel non seguire un caso che potrebbe esporre a priori a un rischio di contenzioso, esponendo a "tribulazioni" non indifferenti l'eventuale paziente affetto da una patologia "difficile" o a esito incerto. Talora questa procedura può addirittura non appartenere al singolo medico, ma estendersi anche alla struttura, a vario livello: da scelte mirate di iperspecializzazioni "sicure" di alcuni reparti ospedalieri, alle strategie aziendali di mancata implementazione di settori di cura notoriamente a rischi contenzioso. Il focalizzare l'attenzione su aspetti diversi da quelli della tutela della salute del paziente, d'altra parte, può rischiare di condurre ad aspetti ancor più deviati del sistema sanità, ancorando, ad esempio, le scelte che vengono compiute in questo primariamente sul ritorno economico delle prestazioni, creando una sorta di sanità "DRGcentrica".

DIMISSIONI AFFRETTATE: CASSAZIONE CONTESTA LINEE GUIDA

I fatti: un paziente muore nello stesso giorno delle dimissioni. Il medico, condannato per omicidio colposo in primo grado per dimissioni affrettate, viene assolto in Appello. Una successiva sentenza della Corte di Cassazione ribalta la sentenza assolutoria a rinviare a giudizio il medico con le seguenti motivazioni. "I principi fondamentali che regolano, nella vigente legislazione, l'esercizio della professione medica, richiamano, da un lato il diritto fondamentale dell'ammalato di essere curato e rispettato come persona, dall'altro, i principi dell'autonomia e della responsabilità del medico che di quel diritto si pone quale garante nelle sue scelte professionali" (...). "Nel praticare la professione medica, dunque, il medico deve, in scienza e coscienza, perseguire un unico fine: la cura del malato utilizzando i presidi diagnostici e terapeutici di cui al tempo dispone la scienza medica, senza farsi condizionare da esigenze di diversa natura, da disposizioni, considerazioni, valutazioni, direttive che non siano pertinenti rispetto ai compiti affidatigli dalla legge e alle conseguenti relative responsabilità". "Il rispetto delle "linee guida - precisa la sentenza - assunto nel caso di specie quale parametro di riferimento delle legittimità della decisione di dimettere dall'ospedale il paziente e di

valutazione della condotta del medico, nulla può aggiungere o togliere al diritto del malato di ottenere le prestazioni mediche più appropriate né all'autonomia e alla responsabilità del medico nella cura del paziente. Nulla, per altro, si conosce dei contenuti di tali "linee guida", né dell'autorità dalle quali provengono, né del loro livello di scientificità, né delle finalità che con esse si intende perseguire, né è dato di conoscere se le stesse rappresentino un'ulteriore garanzia per il paziente ovvero, come sembra di capire dalla lettura delle sentenze in atti, altro non siano che uno strumento per garantire l'economicità della gestione della struttura ospedaliera". (...) "Se le "linee guida" richiamate dai giudici del gravame, addotte dall'imputato a giustificazione della decisione di dimettere il paziente dovessero rispondere solo a logiche mercantili, il rispetto delle stesse a scapito dell'ammalato non potrebbe costituire per il medico una sorta di salvacondotto,

capace di metterlo al riparo da qualsiasi responsabilità, penale e civile, o anche solo morale, poiché sul rispetto di quelle logiche non può non innestarsi un comportamento virtuoso del medico che, secondo scienza e coscienza, assuma le decisioni più opportune a tutela della salute del paziente. Di qui, l'esigenza di approfondimento delle delicate questioni che la vicenda pone, al fine di verificare se tali "linee", che legittimamente potrebbero essere ispirate anche a logiche di economicità di gestione, non siano nel caso del paziente in contrasto con le conclamate esigenze di cura". Il medico infatti, secondo la Cassazione, "risponde anche a un preciso codice deontologico" e "non è tenuto al rispetto di quelle direttive, laddove esse siano in contrasto con le esigenze di cura del paziente, e non può andare esente da colpa ove se ne lasci condizionare, rinunciando al proprio compito e degradando la propria professionalità e la propria missione a livello ragionieristico".



Prosegue Genovese: «ritornando alla medicina difensiva positiva (attiva), non sorprende che tale problematica venga valorizzata maggiormente in un momento come questo, di chiara difficoltà nell'allocazione (o forse meglio sarebbe addirittura dire di reperimento) delle risorse economiche in sanità. I numeri al riguardo sono preoccupanti, come documentano studi recenti che riportano incidenze economiche non indifferenti sostenute dal ricorso alle strategie di medicina difensiva. Un recente studio commissionato dall'Ordine dei Medici di Roma, ad esempio, ha concluso che le metodiche di medicina difensiva incidono per oltre il 10% sulla spesa sanitaria. Già in passato diversi lavori scientifici hanno dimostrato l'incidenza del timore di futuri guai giudiziari sulle scelte diagnostico-terapeutiche: uno studio americano del 2002 rilevava, ad esempio, che il 79% dei medici affermava di prescrivere più esami di quanto strettamente necessario e il 51% di questi consigliava procedure invasive come le biopsie più frequentemente di quanto andrebbe consigliato. Inoltre il 41% prescriveva più farmaci del necessario e il 59% ammetteva che il timore di conseguenze medico-legali impediva di fatto la discussione e lo studio di contromisure per ridurre gli errori medici. Dati in linea con quelli pubblicati nel comunicato stampa dell'Ordine dei Medici di Roma e che si fondano sul fatto che oltre il 78% dei medici si sente oggi più a rischio di denuncia rispetto al passato. A fronte di tale fondato timore, poco o nulla però viene fatto in concreto per valorizzare il senso di responsabilità

dei medici, anche riguardo il problema dell'allocazione delle risorse in sanità. E ciò, nonostante il nostro Codice Deontologico abbia sottolineato l'importanza dell'uso appropriato delle risorse (art.13), ponendo attenzione alla disponibilità dei presidi e delle stesse (art. 21). Sempre in questo, inoltre, si trovano indicazioni riguardo alla medicina difensiva, laddove si indica che i trattamenti che incidono sulla integrità e sulla resistenza psico-fisica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze (art. 18) – e non quindi per presunte tutele in ordine a possibili contenziosi del medico. Quest'ultimo, addirittura, dovrebbe – mediando l'art. 30 sul conflitto di interesse – dichiarare in maniera esplicita il tipo di rapporto che potrebbe influenzare le sue scelte consentendo al destinatario di queste una valutazione critica consapevole. D'altra parte anche la Convenzione per i diritti dell'uomo del 1997 precisava che occorre fornire al paziente una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento sanitario e sulle sue conseguenze e i suoi rischi). «Neppure – specifica – può essere riconosciuta alla medicina difensiva la capacità di garantire una "prova" di sicurezza del proprio operato e delle proprie decisioni. In effetti, la congruità di quanto fatto risultato documentato soltanto attraverso i mezzi da sempre a disposizione del medico: la cartella clinica, il diario del paziente. Soltanto la completa ed esauriente compilazione di questi assume aspetto probatorio

del percorso seguito. Non certo la prescrizione di un esame in più. A posteriori deve essere possibile ricostruire il ragionamento posto in atto dal medico e ciò, di tutta evidenza, risulta senz'altro più agevole attraverso la diretta lettura dello stesso, che la ricostruzione desumibile dalla sola "traccia" prescrittiva. Quest'ultima, infatti, in quanto tale, deve necessariamente essere poi interpretata da chi deve riesaminare la vicenda a fini giudiziari, il quale, tra l'altro, può addirittura essere fuorviato dal proliferare di accertamenti non mirati alla sola risoluzione clinica del caso. In definitiva, una accurata cartella clinica non soltanto non rappresenta una forma di medicina difensiva, ma è lo strumento principale attraverso il quale dare prova del proprio corretto operato». Genovese sottolinea poi che «il problema risiede anche nella mancanza di una adeguata informazione del cittadino che identifica nel terminale della sanità – il medico – il responsabile unico delle eventuali inadeguatezze del sistema. Tale giudizio è senz'altro favorito dai media, che non di rado preferiscono cavalcare la notizia del "mostro da sbattere in prima pagina", piuttosto che affrontare/approfondire il "contesto". Operazione ben più difficile da affrontare culturalmente e certamente più insidiosa: in pratica, in linea con il concetto di "medicina difensiva", forse una "informazione difensiva". D'altra parte l'approccio "difensivo" può essere rilevato in ogni ambito lavorativo-professionale (e, ovviamente, anche nel mio, quello medico-legale)». «Il rischio



– continua Genovese – che più mi preoccupa, da un punto di vista tecnico-professionale, è la deriva da un atteggiamento difensivo “puro” – vale a dire unicamente motivato dal timore di future accuse di malpractice – a uno che maschera l’insicurezza o addirittura l’incapacità di ragionamento e di giudizio del medico, il quale demanda in continuazione a terzi o a macchinari il compito di fornirgli conclusioni “preconfezionate” alle quali allinearsi senza alcun sforzo professionale. Ed anche senza alcuna responsabilità».

«Il battere questa strada – conclude Genovese – condurrà inevitabilmente a modificare completamente la nostra professione. Quest’ultima, che è senz’altro tra le più complesse, ma al tempo stesso tra le più ricche di soddisfazioni (anche se ormai non più economiche), si fonda su due

cardini importantissimi – l’autonomia e, appunto la responsabilità – i quali, così facendo, inevitabilmente saranno destinati a sgretolarsi, trasformando il medico in un irresponsabile “cacciatore di prove” – specialistiche, laboratoristiche, strumentali – il quale, una volta in possesso di queste ambite prede, non saprà però più cosa farsene, in quanto avrà perso, nel contempo, l’abilità nel ragionamento clinico e il coraggio nel raggiungere un giudizio».

Linee guida e gestione del rischio clinico

«Negli ultimi decenni – osservano gli avvocati **Paolo Mariotti** e **Raffaella Caminiti** dello Studio Legale Mariotti di Milano – l’indiscutibile sviluppo scientifico e tecnologico che ha caratterizzato la medicina moderna nei Paesi economicamente

avanzati, ha reso sempre più efficaci le tecniche diagnostiche e le misure terapeutiche a disposizione dei medici, migliorando sensibilmente la qualità di vita e le chances di guarigione e/o di sopravvivenza dei pazienti. Si è, inoltre, assistito al passaggio da una concezione “paternalistica” del rapporto medico-paziente – secondo la quale il medico poteva effettuare gli interventi che, secondo scienza e coscienza, riteneva più utili a preservare la vita e la salute del proprio assistito, omettendo, in taluni casi, di fornire informazioni sui trattamenti diagnostici e terapeutici praticati, in forza del c.d. “privilegio terapeutico” – a una concezione “personalistica”, basata sul rapporto contrattuale intercorrente tra i medesimi soggetti e, in particolare, sul principio di autodeterminazione del paziente, tutelato da norme di rango costituzionale. Al contempo, si è assistito a una crescita esponenziale e, talvolta, immotivata del numero di controversie giudiziarie, fondate sulla presunta colpa professionale dei singoli medici o dell’intera équipe sanitaria, che tuttavia, nella maggior parte dei casi, si concludono con una declaratoria di incolpevolezza/innocenza del medico, il quale finisce, comunque, con il subire un danno alla propria immagine professionale, oltre a rilevanti conseguenze sul piano economico e, più in generale, personale ed esistenziale. Ne consegue, pertanto, un sempre più diffuso atteggiamento difensivo da parte dei medici, sia nell’assunzione delle scelte diagnostico-terapeutiche sia nella gestione dei casi clinici, che comporta la prescrizione

ed effettuazione di esami, visite specialistiche o trattamenti sanitari superflui e, talora, inadeguati dal punto di vista medico-scientifico (medicina difensiva positiva o commissiva) ovvero la rinuncia a prendere in carico pazienti ad alto rischio o a effettuare interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche innovative, poco utilizzate o, comunque, ritenute particolarmente rischiose, poiché suscettibili di insuccesso o di complicanze (medicina difensiva negativa o omissiva), così da scongiurare il pericolo di futuri contenziosi giudiziari, con accusa di malpractice. Merita conto evidenziare che, con il trascorrere del tempo, la natura meramente difensiva di talune pratiche mediche ha finito per divenire sempre più difficilmente percepibile, con la conseguenza che il ricorso a prescrizioni superflue, se non del tutto inutili ed eccessive rispetto alle peculiari esigenze del caso clinico, soprattutto in ambito diagnostico-strumentale e farmacologico, è ormai entrato a far parte del routinario approccio terapeutico-assistenziale, tanto da potersi parlare, in tale ottica, di una scelta difensiva "inconscia" posta in essere dai medici e difficilmente riconoscibile dai pazienti. Emblematico appare, a tal proposito, il ricorso a procedure diagnostico-strumentali che, per quanto tecnologicamente avanzate e innovative, si rivelano, di fatto, inutilmente invasive e inidonee in rapporto alle concrete condizioni cliniche del paziente, oltre che rischiose e/o dannose per la sua stessa salute, con effetti negativi



anche in relazione agli ingenti costi economici gravanti sul sistema sanitario nazionale e, dunque, sull'intera collettività». «Alla luce delle suesposte considerazioni – proseguono Mariotti e Caminiti – appare del tutto azzardata la mancanza, all'interno di talune organizzazioni e/o strutture sanitarie, di un mirato approccio terapeutico-assistenziale, fondato sull'adozione

di linee guida e protocolli di condotta diagnostica e terapeutica accreditati, che consentirebbe senza dubbio di razionalizzare gli interventi sanitari, abbattendo sensibilmente i costi connessi alla gestione del rischio clinico. In particolare, le linee guida si configurano come indice di qualità, efficienza ed economicità della prestazione professionale di tipo sanitario. Si è, pertanto, assistito alla

loro creazione e diffusione sia da parte di singole istituzioni, società scientifiche nazionali o sovranazionali, sia di singole realtà ospedaliere, stando, tuttavia, preoccupazione per il rischio di un'adesione acritica o eccessivamente rigorosa alle stesse da parte dei medici, che ne limiti l'autonomia decisionale e il giudizio logico-deduttivo, con evidenti ripercussioni in termini di induzione alla "medicina difensiva" e, dunque, di comportamenti improntati a esigenze esclusivamente di tutela del personale medico, a discapito dell'interesse dei pazienti. Invero, le linee guida non hanno una valenza assoluta, dovendo essere opportunamente adattate a ciascun caso clinico. Va, altresì, rilevato, con specifico riferimento alla medicina difensiva omissiva, che l'atteggiamento difensivo del medico si pone inevitabilmente in potenziale contrasto con gli stessi principi etico-deontologici, giacché comporta una progressiva riduzione delle prestazioni professionali rese a favore del paziente, ricorrendo, ad esempio, all'ospedalizzazione anche laddove ciò non risulti indispensabile, così da evitare il proprio coinvolgimento in caso di evoluzione sfavorevole del caso clinico, sino alla rinuncia, come è già stato evidenziato, a prendere in carico pazienti ritenuti ad alto rischio, seppur a fronte di trattamenti che si rivelino necessari e indifferibili. Ovviamente, non costituisce un atteggiamento difensivo omissivo una condotta medica che, in quanto improntata a razionalità, diligenza e prudenza, comporti la rinuncia ad assumere la cura di un paziente a favore di un medico specialista o di

altra struttura più idonea e attrezzata. Invero, in taluni casi, il confine tra ipotesi di medicina difensiva omissiva e prudente gestione del caso clinico appare particolarmente sfumato. Uno dei risvolti negativi più evidenti della medicina difensiva è l'attenzione esasperata per i profili meramente formali della prestazione professionale fornita dalla struttura e dal personale sanitario, trascurando, il più delle volte, il necessario dialogo con il paziente e i suoi familiari, che porti a instaurare un rapporto fiduciario tra medico e paziente e ad acquisire un valido ed effettivo consenso informato da parte di quest'ultimo. L'omessa o carente informazione è, infatti, frequentemente all'origine di possibili incomprensioni, che possono dar luogo a denunce e azioni civili e/o penali, in caso di insuccesso del trattamento terapeutico o di insorgenza di complicanze. Del tutto comprensibile, ma non per questo giustificabile, è, dunque, la tendenza dei medici, soprattutto a fronte della necessità di gestire le emergenze cliniche, di porre in secondo piano la comunicazione con il paziente, precludendo così a quest'ultimo di autodeterminarsi in rapporto al percorso diagnostico-terapeutico programmato e pregiudicando l'effettiva comprensione delle motivazioni che sottendono a determinate scelte mediche, talvolta indispensabili, ancorché non corrispondenti alle aspettative del paziente. È sempre più evidente che la medicina difensiva non comporta né un miglioramento, in termini qualitativi e di efficacia, delle cure fornite al paziente né, in ultima

analisi, un'apprezzabile tutela del medico contro il rischio di possibili contenziosi giudiziari, sicché può concludersi che, paradossalmente, essa non è in grado di risolvere le problematiche per le quali è sorta ed è oggi ampiamente diffusa. Superfluo rilevare che qualsiasi trattamento sanitario dovrebbe essere improntato, nella fase sia diagnostica sia terapeutica, alla ragionevolezza e a un'accorta pianificazione, superando il timore dei medici di incorrere in potenziali denunce e avendo come obiettivo prioritario la tutela della salute dei pazienti, ponendo in essere, in termini efficaci, trattamenti e interventi volti a fronteggiare e, per quanto possibile, risolvere le patologie dalle quali questi ultimi sono affetti». È d'uopo, infine, rammentare che alla medicina difensiva si affianca una tendenza altrettanto criticabile che insigne Autore (Angelo Fiori, "La medicina delle evidenze e delle scelte sta declinando verso la medicina dell'obbedienza giurisprudenziale?", in *Riv. It. Med. Leg.*, 4-5/2007, 925) ha indicato con il neologismo "medicina dell'obbedienza giurisprudenziale", così descrivendo il fenomeno, manifestatosi negli ultimi anni, che si sostanzia nella "progressiva accettazione e cristallizzazione di precetti di condotta medica di provenienza giurisprudenziale che spesso non hanno reale fondamento nella scienza e nella prassi medica" e che, non tenendo conto delle esigenze mutevoli dei singoli casi clinici, si rivelano, in ultima analisi, irrealistici e, per tale motivo, non applicabili validamente alle fattispecie concrete. ■