

Articolo di revisione

La comunicazione medico-paziente come prevenzione del contenzioso per medical malpractice

Doctor-patient communication as prevention of medical malpractice litigation

Maria Chiara Lavorato: ASST Santi Paolo e Carlo – Milano, Italia.
maria.lavorato@asst-santipaolocarlo.it

Data di ricezione: 10/05/2024

Data di accettazione: 17/08/2024

Data di pubblicazione: 06/11/2024

Come citare l'articolo

Lavorato, M. C. (2024). La comunicazione medico-paziente come prevenzione del contenzioso per medical malpractice. [Doctor-patient communication as prevention of medical malpractice litigation]. *European Public & Social Innovation Review*, 9, 01-17.
<https://doi.org/10.31637/epsir-2024-1157>

Abstract

Introduzione: Con medical malpractice s'intende il flusso di denunce che investe le aziende ospedaliere e che, sempre più spesso, riguarda carenze nella relazione di cura e difetti compromettono l'alleanza terapeutica. **Metodologia:** revisione della letteratura inerente alla comunicazione medico paziente e alla correlazione fra denunce e qualità della comunicazione con il paziente. **Risultati:** le esperienze internazionali hanno fornito numerosi elementi concreti per valorizzare un piano di miglioramento della comunicazione medico-paziente. **Discussione:** il potenziamento delle performance comunicative e relazionali degli operatori sanitari va perseguito come indice di qualità, etica e legittimità delle cure. Si propone un programma interno di formazione specifica sulle abilità relazionali, direttamente nelle equipe sanitarie. **Conclusioni:** oltre alla comunicazione verbale tra medico e paziente, anche il supporto modulistico scritto svolge un ruolo cruciale, sia come patto di cura sia nelle sedi giudiziarie.

Parole chiave: comunicazione medico-paziente; medical malpractice; consenso informato; risarcimento; rischio clinico; qualità delle cure; relazione di cura; cartella clinica.

Abstract

Introduction: By medical malpractice we mean the flow of complaints that affects hospitals and that, more and more often, concerns shortcomings in the care relationship and defects compromise the therapeutic alliance. **Methodology:** Review of the literature concerning doctor-patient communication and the correlation between complaints and the quality of patient communication. **Results:** international experiences have provided numerous concrete elements to enhance a plan for improving doctor-patient communication. **Discussion:** the enhancement of the communication and relational performance of health professionals should be pursued as an index of quality, ethics and legitimacy of care. An internal training programme on relational skills, directly in the healthcare teams, is proposed. **Conclusions:** in addition to verbal communication between doctor and patient, written forms also play a crucial role, both as a pact of care and in the courts.

Keywords: doctor-patient communication; medical malpractice; informed consent; compensation; clinical risk; quality of care; care relationship; medical records.

1. Introduzione

La legge n. 219 del 2017 su “Consenso Informato e Testamento Biologico” stabilisce all’articolo 1, con un linguaggio innovativo, che “il tempo della comunicazione tra medico e paziente è tempo di cura” (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 2018, art. 1)

Viene così introdotta una nuova visione concettuale che mette in primo piano l’alleanza terapeutica e la legge suggerisce come costruirla, con il Tempo: dedicando tempo alla comunicazione con il paziente, per instaurare un contatto trasparente che tenga conto delle complessità del momento, per trasmettere non solo le informazioni necessarie alla diagnosi e alla terapia ma per dare vita ad una dimensione relazionale arricchente, più umana, che sia la base per la libertà di cura, nel rispetto di ogni scelta e per il più consapevole *setting* di *decision making*.

Ad oggi, purtroppo, la relazione medico paziente tende ad essere compressa e ristretta entro pochi minuti di colloquio, sia perché l’organizzazione del tempo in ospedale risponde a un intenso bisogno di cure alla popolazione e, dall’altro lato, a criteri di bilanci e produttività. L’attuale momento storico si connota peraltro per una carenza di risorse umane sicché l’attività quotidiana degli operatori sanitari appare più sbilanciata verso l’erogazione di cure da cui discende una riduzione del tempo, concretamente disponibile, per dedicarsi alla migliore creazione dello spazio relazionale con il paziente.

Un altro dato rilevante è che le competenze comunicative degli operatori sanitari, salvo puntiformi eccellenze universitarie, non vengono formate durante il corso di laurea in Medicina e Chirurgia con corsi dedicati ad insegnare la comunicazione medico paziente; non v’è ancora la meritata diffusione ordinamentale e l’obbligo di una acquisizione specifica di tali competenze. E non è un caso che le denunce per medical malpractice riguardino sempre più i difetti di comunicazione.

La crescita esponenziale del contenzioso giudiziario, per veri o presunti danni derivanti da manchevolezze sanitarie, rappresenta un fenomeno di grande rilievo in tutti i paesi europei e di evoluzione socio-economica.

Già i reclami segnalati dai pazienti, che sono indicatori di dissatisfaction, sono molto spesso centrati su incomprensioni, informazioni scarse o frammentarie, difetti di presa in carico e disorientamento dell’utente nella fitta rete delle cure sanitarie.

Le richieste di risarcimento del danno si riferiscono, il più delle volte, ad un danno psico-fisico subito dal paziente in conseguenza di trattamenti medico-chirurgici e, negli ultimi anni e in ragione della nuova legge 219 del 2017, contengono sempre più spesso lamentele per una carente relazione di cura. Le criticità osservate che portano a sviluppare il presente approfondimento risiedono in concreto nell'aumentata frequenza, dal 2017 ad oggi, di richieste di risarcimento del danno che contengono lamentele dei pazienti e familiari sulla comunicazione con gli operatori sanitari di riferimento.

Nella maggior parte dei casi, le doglianze riguardano la fase del c.d. "consenso": lacune nella trasmissione delle informazioni, un difetto di consapevolezza del programma di cura e delle reali aspettative di successo e insuccesso, un limitato ascolto della storia del paziente con perdita di informazioni, una inefficace spiegazione sulle conseguenze del non intervenire, un inadeguato passaggio di informazioni su come si svolgeranno le cure, sulle caratteristiche del ricovero e sul decorso dopo la dimissione.

Nel 2017 un'altra Legge molto importante ha segnato la cultura sanitaria in Italia, la legge n. 24, detta anche Gelli Bianco "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie": la legge si concentra sulla sicurezza delle cure, concetto che va a rafforzare il "semplice" diritto costituzionale alla salute.

Con le leggi del 2017 in Italia si consolidano due piani: il Diritto alle Cure Sicure e il Diritto ad una Buona Relazione di Cura, due mondi in cui l'operatore sanitario e la struttura sanitaria hanno ruoli centrali, di garanzia, di obbligo giuridico e di responsabilità.

L'organizzazione sanitaria deve promuovere ogni azione positiva e costruttiva per sostenere il sistema salute in questa progressiva transizione: sono passati sette anni dall'entrata in vigore delle leggi e le azioni di contenzioso medico legale suggeriscono che è opportuno intervenire sui modelli relazionali e organizzativi.

Applicare la legge 219 nella realtà quotidiana ospedaliera significa trovare una modalità per dare attenzione e sviluppo al Tempo e alla Qualità della comunicazione medico-paziente, significa apportare modifiche alle prassi in corso, ottimizzare le visite e diffondere una nuova cultura, non solo del rapporto medico paziente ma anche dell'organizzazione stessa, che deve adoperarsi per creare le condizioni favorevoli.

Siamo in un'epoca in cui l'assistenza al paziente non è più affidata ad un singolo operatore per cui entrano in gioco valori e responsabilità dell'equipe, delle professioni sanitarie nel loro complesso; viene da dire che il punto da cui partire è proprio la comunicazione fra gli operatori stessi all'interno delle equipe di cura, potenziando gli staff-meeting, i gruppi di discussione sui casi e sugli errori, riconoscendo un ruolo attivo e profondamente costruttivo alle attività del rischio clinico.

In linea generale, il presente contributo si pone i seguenti obiettivi:

- Implementare l'evoluzione culturale e legislativa sulla relazione di cura e i diritti dei pazienti;
- Rafforzare l'apparato cognitivo ed etico-deontologico dell'operatore e depotenziare l'atteggiamento di medicina difensiva;

- Applicare una strategia formativa e “terapeutica” sulle équipes per strutturare una nuova disposizione professionale nei confronti della relazione con il paziente;
- Migliorare l’alleanza terapeutica vissuta e percepita dai pazienti, sia in caso di buon esito delle cure, sia in caso di complicanze;
- Prevenire il rischio di contenzioso per medical malpractice con risparmio di esborso economico per i risarcimenti e riduzione delle azioni di rivalsa - nell’interesse dei singoli operatori sanitari - da parte della Corte dei Conti e delle assicurazioni personali.

2. Metodologia

La metodologia di studio ha previsto la ricerca nelle banche dati nazionali e internazionali di articoli scientifici in cui siano correlati la comunicazione medico-paziente con le denunce per medical malpractice, collezionando i contributi più datati e quelli più recenti, sia di pertinenza medico legale che psicologica che di risk management. La ricerca è stata estesa ai contributi inerenti la correlazione fra bioetica e comunicazione medico paziente.

3. Risultati

Gli articoli scientifici selezionati documentano, negli ultimi vent’anni, un crescente interesse per l’ambito della comunicazione medico paziente, ricco di sfaccettature, con progressivo approfondimento sugli effetti che la qualità della relazione produce in termini di consapevolezza, di outcome delle cure, di compliance al programma terapeutico, di disponibilità a gestire una complicanza, di accettare l’ipotesi di un errore umano o del sistema, di conservare la fiducia nel medico e nella struttura, di evitare la crescita di risentimento e rabbia nei confronti del medico e della struttura fino alla denuncia, penale e civile. Le diverse esperienze studiate hanno fornito spunti utili a riflessioni e ad ipotesi di progettualità futura, clinica, medico legale e dell’organizzazione sanitaria.

Il punto di partenza prescelto è un pregevole lavoro di etica (Kass e Rose, 2016) che affronta il tema della responsabilità sanitaria per medical malpractice dal punto di vista degli effetti improduttivi sul sistema, in particolare sullo stress per gli operatori che, per reazione, mettono in atto la “medicina difensiva”.

La medicina difensiva consiste in una serie di azioni che deviano dalla pratica clinica più appropriata ed è messa in atto con l’idea - o con l’inconsapevole moto - che produrre un eccesso di prestazioni diagnostico-terapeutiche o astenersi dal trattare un paziente ad elevato rischio possa limitare il rischio futuro di denunce (Kessler, 2011).

La medicina difensiva crea un danno al medico e alla relazione di cura: è un problema etico poiché si sposta il best interest dalla centralità del paziente alla centralità del medico.

Su questa linea in Italia nel 2016 un gruppo di studiosi ha supportato le attività del Ministero della Salute, creando dei moduli dedicati alla Comunicazione medico-paziente e tra operatori sanitari 4 (Ministero della Salute. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, 2016) ed ha introdotto una concettualità cruciale sui modelli professionali. Nella pratica clinica il modello a lungo imperante era definito come disease centred (Smith *et al.*, 2013), la medicina centrata sulla malattia: tale posizione ha avuto il vantaggio di condurre ad indubbi progressi scientifici e alla concreta possibilità di curare le malattie, costruendo un rapporto centrato sul medico che è il depositario unico delle conoscenze. Vedremo come

questa concezione sia faticosa da superare e come in realtà danneggi la buona comunicazione.

Avvicinandoci alla medical malpractice, sondiamo il piano della comunicazione medico paziente come possibile fattore determinante l'errore, poi come fattore peggiorativo delle esperienze dei pazienti e familiari fino a motivare il contenzioso.

E' documentato che agli errori sanitari sono associati molti fattori e i problemi nella comunicazione forniscono un rilevante contributo (Blendon *et al.*, 2022).

Uno studio retrospettivo, con questionari somministrati a 93 pazienti e parenti che avevano avuto un'esperienza insoddisfacente di cure con errore medico confermato, ha messo in evidenza tre elementi principali (Street *et al.*, 2020, p. 1) i diretti interessati attribuiscono l'errore medico ad un difetto di comunicazione da parte dell'operatore sanitario, con frequente ricordo non tanto di ciò che il medico ha fatto ma di ciò che non ha fatto; il percepito è che il medico non ha prestato attenzione o non ha ascoltato gli argomenti del paziente e dei familiari e per questo motivo ha favorito la verifica dell'errore tecnico; 2) un difetto nel fornire informazioni sufficienti e complete nel corso delle conversazioni; 3) problemi di comunicazione fra i vari operatori sanitari all'interno dell'equipe o nel percorso di cura.

Il contributo dei questionari permette di dedicare una riflessione ragionata sul bisogno dei pazienti innanzitutto di ascolto, di attenzione e di una partecipazione empatica da parte del medico.

Sugli errori diagnostici incidono fattori di eminente carattere comunicativo (Dahm *et al.*, 2022). Gli errori diagnostici sono il 15% di tutti gli errori in medicina, nel 75% sono errori cognitivi causati da deficit di conoscenze e fallimento nella raccolta o nella sintesi delle informazioni.

Fin dagli anni 90 sono state segnalate ricerche sulla correlazione fra malpractice e comunicazione medico-paziente. Uno studio su 67 casi (Beckman *et al.*, 1994) iniziava a stimare che nel 71% delle cause di contenzioso medico legale erano evidenziabili problematiche comunicative e relazionali: nel 32% per aver abbandonato il paziente, nel 29% per aver svalutato il punto di vista del paziente o del parente, nel 26% dei casi per aver fornito poche informazioni e nel 13% per non aver raccolto la prospettiva del paziente nel momento dell'anamnesi.

Altri Autori (Humphrey *et al.*, 2022), su più ampio campione e più recentemente, hanno sondato la proporzione del contenzioso di medical malpractice che contiene riferimenti al fallimento della comunicazione: questa correlazione esiste nel 49% dei casi; nel 53% coinvolge la comunicazione medico-paziente e nel 47% la comunicazione fra gli operatori.

I costi per il risarcimento dei danni che riguardano carenze nella comunicazione sono più elevati rispetto ai casi che non le contengono. Tutti i lavori concludono, in sostanza, stimolando l'adozione di interventi migliorativi nell'organizzazione sanitaria, idonei potenzialmente anche a ridurre le cause per medical malpractice.

Un successivo studio aveva invece comparato due gruppi di medici, divisi in coloro che avevano ricevuto denunce e coloro che non ne avevano mai ricevute, studiando le loro modalità comportamentali (Levinson *et al.*, 1997); gli Autori hanno videoregistrato i colloqui medico paziente ed hanno poi rilevato le principali differenze fra i due gruppi.

I medici che non avevano mai subito una causa per medical malpractice utilizzavano maggiori accortezze di orientamento, spiegavano ai pazienti come si sarebbe svolta la visita e chiedevano quali erano le aspettative, sorridevano e usavano l'umorismo, tendevano ad usare delle facilitazioni nella relazione, sollecitavano l'opinione del paziente, si accertavano che il paziente avesse compreso quanto appena detto ed incoraggiavano il paziente a parlare.

Un dato curioso è che il colloquio dei medici no-claims ha avuto una durata media leggermente più lunga dei colleghi dell'altro gruppo (18 minuti v 15 minuti) e secondo gli Autori la durata della visita non è un fattore significativo sulla evitabilità di una denuncia.

Senza dubbio la comunicazione medico paziente diventa più complessa quando nell'iter terapeutico si manifesta un evento avverso, una complicanza, da cui il paziente derivi un peggioramento del suo stato di salute, temporaneo o permanente, una invalidità, una disabilità o il fatto estremo della morte.

La complicanza in corso di cura chirurgica, ad esempio, non di rado può essere percepita dal paziente e dai familiari come conseguenza di un comportamento negligente del chirurgo e può sfociare in una denuncia.

Le denunce hanno un effetto negativo sull'intero sistema sanitario, con minaccia o perdita di fiducia diffusa nei medici, con incremento della medicina difensiva ed incremento dei costi per le polizze professionali private.

Le denunce possono essere mitigate attraverso tre linee di intervento: la prevenzione delle complicanze, la loro diagnosi precoce e la loro corretta gestione (Watrelet *et al.*, 2020).

Un elemento fondamentale nel contenzioso è la qualità dell'informazione pre-operatoria al paziente: la dimostrazione in Cartella Clinica di una compiuta informazione sulle complicanze dimostra innanzitutto che si è applicato il piano della medicina centrata sul paziente, avendolo reso pienamente partecipe della scelta che contemplava anche i rischi. La diligenza del medico nel fornire adeguate e complete informazioni al paziente rientra fra le abilità tecniche e dovute nell'esercizio della professione medica: e qui si incastra il secondo piano, le abilità non tecniche (non technical skills) tra cui la comunicazione ed il mantenimento del miglior livello possibile della relazione soprattutto dopo un esito sfavorevole.

Un interessante contributo, molto settoriale, viene fornito dagli anestesisti dell'Illinois (Douglas *et al.*, 2021) i quali, riesaminati 910 casi di denuncia, hanno stimato che i difetti di comunicazione hanno causato un danno al paziente nel 43% dei casi; gli errori sono avvenuti nel 47% dei casi durante la procedura operatoria e il punto critico è stato attribuito alla comunicazione fra chirurgo e anestesista.

Gli Autori propongono in conclusione per migliorare la comunicazione fra operatori: una check-list pre-operatoria, le consegne accurate e un training di comunicazione per il team.

Un recentissimo studio, ancora, ha esaminato 21.101 casi di contenzioso chiusi con il pagamento di un risarcimento ed ha analizzato i fattori che hanno contribuito alle manchevolezze riconosciute: sono stati distinti fattori clinici e non clinici (Kusumoto *et al.*, 2024).

I dati finali permettono di affermare che, fra i fattori non clinici, i difetti di comunicazione sono stati i più incidenti sull'errore, soprattutto nei gravi danni ai pazienti.

Molti altri studi hanno evidenziato l'incidenza di tale fattore sull'esito negativo delle cause ed il pagamento dei risarcimenti (Schaffer *et al.*, 2021).

Fra le tipologie di operatore sanitario, i chirurghi hanno il rischio maggiore di incorrere in una denuncia di medical malpractice e, statisticamente, le loro denunce sono maggiori di 2.3 volte rispetto ai medici di medicina interna (Tibble *et al.*, 2017); le criticità si annidano sia nell'esecuzione tecnica che nella relazione con il paziente.

Ci sono state anche analisi sulle caratteristiche dei pazienti che più di altri tendono a denunciare l'ospedale dopo le cure ricevute. Su 371 pazienti trattati in una clinica urologica e che hanno denunciato i medici, i tratti più frequentemente riscontrati sono: giovane età, basso grado di osservanza religiosa, bassa frequenza di accessi in ospedale per cure mediche, pazienti ambulatoriali ed alte aspettative sul colloquio informativo con il medico (Tsimtsiou *et al.*, 2014).

Gli Autori concludono riportando l'opportunità di mantenere, con tutti i pazienti, il modello della medicina centrata sul paziente.

In Giappone uno studio seppur datato rilevava un altro aspetto interessante ovvero che la famiglia del paziente gioca un ruolo determinante nella decisione del paziente, sia di intraprendere una cura sia di proporre una denuncia (Hamasaki *et al.*, 2008). In ragione di ciò, gli Autori concludevano che dedicare tempo al dialogo con i parenti può produrre una riduzione della probabilità di una condanna per condotta negligente nella cura.

4. Discussione

Il presente studio vuole verificare se esistano consolidate evidenze che correlino l'impatto della comunicazione medico-paziente sul contenzioso per medical malpractice e, in concreto, vuole proporre due linee di intervento: un programma di potenziamento delle performance relazionali da applicare internamente alla struttura sanitaria ed una campagna di diffusione culturale sulle cure ospedaliere e territoriali per la cittadinanza.

Negli ultimi quindici anni sono stati condotti numerosi studi sull'argomento e tutti hanno concluso per una significativa rilevanza dei difetti di comunicazione sulle iniziative di denuncia da parte dei pazienti, per cure insoddisfacenti e/o danni psico-fisici. I pazienti che chiedono un risarcimento per danno fisico lamentano contestuali criticità nel rapporto medico-paziente, scarse informazioni e poco scambio empatico con i medici referenti, una distanza relazione anche con i familiari e soprattutto nei casi di complicanze post-chirurgiche.

Nel tempo sono state proposte diverse strategie per migliorare la comunicazione medico-paziente, con risultati non omogenei. Nonostante gli approfondimenti sul tema e i tentativi di risoluzione, la comunicazione medico-paziente continua ad essere un consistente fattore negativo che conduce il paziente alla denuncia e che porta al pagamento del risarcimento, poichè i Giudici valutano le carenze nella relazione di cura come negligenza e quindi come malpractice medica.

Dal punto di vista medico legale, la relazione di cura riveste un ruolo cruciale nella valutazione generale dell'appropriatezza delle cure prestate: la Cartella Clinica deve

contenere una adeguata modulistica scritta che sia la testimonianza di un reale percorso informativo, del passaggio di informazioni al paziente, della sua consapevolezza circa i rischi connessi al trattamento sanitario proposto, dell'accettazione della quota di rischio di un insuccesso, in nome dell'alleanza terapeutica.

L'informativa e il consenso non sono una documentazione formale che va allegata come atto burocratico: spesso gli operatori sanitari vivono il momento del consenso informato come un atto di compilazione necessaria, di regolarità amministrativa della Cartella Clinica, dedicando attenzione anche per non incorrere in problematiche medico legali e, spesso, da sistemare frettolosamente per poi passare alle "vere" prestazioni mediche: gli accertamenti diagnostici, l'intervento chirurgico, i farmaci.

V'è da dire che l'incremento del contenzioso ha generato, in prima battuta, la cosiddetta "medicina difensiva" che si attua in due modi: prescrizioni mediche esagerate - non indicate in quel momento ma fatte per non correre il rischio di omettere un reperto ed essere contestati, oppure non operare un paziente che si presenta ad alto rischio di complicanze, per evitare che le complicanze possano essere contestate come errori e che determinino un abbassamento del profilo di performance del chirurgo.

Questa è medicina centrata sulla malattia, anzi centrata sul medico. La questione è un'altra e qui si annida la doverosa evoluzione della relazione medico-paziente: la modulistica scritta presente in Cartella Clinica non è il surrogato di una buona comunicazione e non mette al riparo da denunce. Certo, l'esistenza di moduli correttamente compilati può essere un elemento di forza in contenzioso, per valorizzare l'avvenuta informazione completa. Tuttavia, assistiamo quotidianamente a casi in cui il materiale cartaceo informativo e il consenso sono adeguati, eppure il paziente lamenta una carenza nel colloquio, il mancato ascolto, la mancata chiara spiegazione dei possibili successi e insuccessi. La firma sul consenso è descritta come frettolosa e a volte neppure declinata davanti al medico ma ad altro collaboratore professionale.

Il ragionamento ci porta al cuore del problema: occorre concentrarsi sul tipo di relazione che si instaura, le modalità di approccio, il modello relazionale, il tempo dedicato, la verifica della percezione del paziente in quella relazione, la presenza empatica del medico in quella relazione, la qualità della relazione di cura.

Il vecchio approccio centrato sulla malattia aveva creato uno spostamento del paziente sullo sfondo, l'allontanamento dal contatto diretto con il medico, reale, empatico e profondo, con inevitabili ripercussioni sulla efficacia della relazione. Oggi dobbiamo perseguire quanto la letteratura afferma da almeno un decennio, cioè rinforzare il modello della "medicina centrata sul paziente", che ha come scopo il raggiungimento di una diagnosi corretta, la comprensione della prospettiva del paziente e l'intervento attraverso strategie terapeutiche adeguate.

Attraverso questi passi si potrà accogliere il paziente, indagare come si muove all'interno della sua malattia; non è una contrapposizione al modello tradizionale ma è un allargamento degli scopi delle visite mediche. I contributi scientifici sulla medicina centrata sul paziente, alla luce della legge 219/2017, mostrano di aver compreso anzitempo la direzione evolutiva del sistema salute e del biodiritto e pertanto rappresentano la base per poter ridisegnare concretamente la relazione di cura.

Le lamentele dei pazienti riguardano la fase di iniziale contatto, la fase di programma terapeutico, la fase post-trattamento, specie quando insorga un evento avverso, complicanza

o errore: in ogni fase i pazienti patiscono per non aver avuto spiegazioni esaustive, per non essere stati ascoltati, affermano che il medico in quel momento era distratto e disturbato dalle telefonate, dicono di non aver avuto un colloquio direttamente con il chirurgo che li ha operati, di non aver ricevuto spiegazioni sui motivi che hanno determinato l'evento avverso, di avere il dubbio che sia stato un errore, di non aver avuto indicazioni su come procedere dopo, di essersi sentiti abbandonati.

E' il risentimento del paziente verso il medico che spesso conduce a rivolgersi ad un legale ed instaurare una causa civile per l'ottenimento di un risarcimento economico, se non addirittura a denunciare penalmente l'accaduto.

Dall'entrata in vigore della legge 219/2017 si è assistito all'emersione, in sede di contenzioso medico legale e nelle sentenze emesse, di alcune significative novità rispetto al passato:

1. La carenza nella relazione di cura possiede oggi una sua autonomia come fatto dannoso, una sua identità giuridica che - ove dimostrata - conduce a specifica valorizzazione economica e di risarcimento da parte del Giudice, poiché contiene un implicito difetto di diligenza nella presa in carico del paziente e nella gestione dell'alleanza terapeutica;
2. La distanza relazionale percepita dal paziente incide in modo sfavorevole sull'alleanza, sul buon esito delle terapie, sulla condivisione di eventuali eventi avversi/complicanze/errori, sul mantenimento del rapporto fiduciario con il singolo medico e con la struttura sanitaria, sulla accettazione di un evento infausto da parte dei familiari.

L'attenzione si concentra sulla qualità delle conversazioni e su questa dobbiamo provare ad apportare miglioramenti, partendo ad esempio da ciò che è meglio evitare.

La letteratura suggerisce di prestare attenzione ad alcuni fattori oggettivamente disturbanti:

- 1) le interruzioni: il paziente non ha la possibilità di raccontare compiutamente la sua esperienza, i suoi sintomi e le loro caratteristiche. Le interruzioni sono le telefonate, le notifiche dei messaggi in entrata, i colleghi che fanno ingresso nella stanza, il medico che si alza, si allontana e poi ritorna; esse creano una rottura della relazione e provocano tra l'altro la perdita di informazioni rilevanti. Creare interruzioni durante il colloquio o essere troppo direttivi con domande continue può restringere la conversazione ad una sola linea di indagine. Le interruzioni, oltre ad essere pericolose perchè possono condurre ad una ipotesi diagnostica sbagliata o a una visita fisica incompleta, danno la percezione netta di non essere dedicati a quel colloquio, di consentire ad altri esterni di essere distratti, di non dare in fondo importanza a quel colloquio.
- 2) L'effetto framing: il paziente viene etichettato precocemente sulla base di primissime informazioni, orientando così l'algoritmo diagnostico senza aver considerato altri elementi. L'asma, il depresso, il diabetico sono aggettivi non di rado utilizzati nelle epicrisi cliniche, ancora testimonianza del vecchio retaggio della medicina centrata sulla malattia. L'etichettamento conferisce un carattere riduzionistico all'approccio al paziente e, peraltro, non è indicativo quasi mai della diagnosi di quel momento. Il rischio dell'etichetta è di fissare una visione binoculare restringendo il campo visivo, creando nel medico un bias cognitivo di percezione selettiva, per cui gran parte dei disturbi attuali riferiti dal paziente vengono processati come discendenti - forzatamente - dalle patologie pregresse e/o croniche, che sono anamnesi e non etichetta.

- 3) L'ascolto: lasciar parlare il paziente senza domande affinché descriva con precisione i disturbi. Sappiamo bene che il racconto di un paziente può diventare in un prolisso elenco di eventi, che in quel momento il medico può vivere come poco utile o inappropriato al contesto specifico. Tanto più se fuori dall'ambulatorio abbiamo una lunga fila di pazienti e possiamo dedicare 15 minuti complessivamente a ciascuno. Sarà importante trovare un bilanciamento: è solo il medico che può creare una modalità comunicativa efficace in cui il paziente si senta ascoltato, anche ottimizzando alcune parti del racconto o utilizzando delle strategie per condividere con lui la priorità su alcuni aspetti del discorso.

La letteratura dice che il fattore Tempo, in realtà, non si è dimostrato un indicatore incidente sull'efficacia relazionale: è un dato molto interessante perché scotomizza un'idea diffusa, che le difficoltà e le incomprensioni fra medico e paziente siano causate dal poco tempo a disposizione. Senza dubbio il fattore tempo ha un valore ma non è la causa fondante dell'impossibilità di avere una conversazione soddisfacente. Pensiamo ad altri fattori, ad esempio a quanto incide il frazionamento delle cure sulla qualità dei colloqui: un paziente ha contatto con diversi operatori sanitari, in una rete di prestazioni che a volte si sovrappongono, che possono fornire informazioni anche contraddittorie.

Nel percorsi di cura non c'è più un rapporto esclusivo fra medico e paziente ed è per questo che l'approccio più utile si conferma essere la medicina centrata sul paziente: attorno al paziente si muovono le diverse figure professionali in una dinamica finalizzata a rispettare le buone pratiche.

Attenzione, ogni operatore può e deve fare al meglio la sua parte, nel rispetto di una doverosità professionale che non è solo tecnico-esecutiva ma anche relazionale. Non solo sapere e saper fare, occorre saper essere.

Spiegare al paziente il piano di intervento, le alternative, i rischi, i benefici attesi, le possibilità di insuccesso non è sufficiente, anche avere molto tempo pare non sia sufficiente, quindi ciò che fa la differenza è "come" la conversazione avviene.

Sulla qualità dei colloqui molti Autori esperti si sono dedicati a sviluppare il tema dell'empatia.

Il medico empatico mantiene un approccio obiettivo verso il problema di salute, sa essere trasparente, non deve illudere ma fornire tutti gli strumenti per affrontarlo nel modo migliore, deve supportare il paziente nel complesso contatto con la malattia e con le modifiche che potrebbero presentarsi nella sua vita, restando in ascolto delle paure e delle angosce che possono sopraffare il paziente.

Questa definizione mantiene a terra la comprensione di cosa sia l'approccio empatico al paziente, non lascia spazio ad aleatorietà, né all'immaginazione o al pregiudizio che l'empatia sia una dote magica, una squisita attitudine personale che rende brillante e amato il singolo medico.

Discutiamo qui che l'empatia e la flessibilità siano competenze da acquisire, potenziare e migliorare, come tutte le altre abilità cliniche che ci permettono di esercitare la professione medica e medico-sanitaria con qualità. Diversi studi hanno rilevato che favorire l'empatia nel colloquio, non solo agirli ma stimolarla nel paziente, produce una riduzione del dolore, abbassa il livello di ansia, aumenta la soddisfazione del paziente, migliora l'alleanza terapeutica e l'aderenza alle terapie e migliora l'outcome clinico finale (Howick *et al.*, 2017).

Il medico che con approccio empatico fornisce messaggi positivi può determinare un miglioramento di alcuni outcome clinici come l'attività bronchiale nei pazienti asmatici e il recupero delle funzioni fisiche nel post-operatorio, effetti simili a quelli dei comuni trattamenti farmacologici, riflettendosi in un globale beneficio sulla qualità della vita (Howock *et al.*, 2018).

Nella moderna pratica medica, i pazienti sono alla ricerca non solo di capacità cliniche ma anche di competenze comunicative. Il paziente spesso vive il medico vicino al suo letto di degenza come un rappresentante, un pro-curatore, un proxy della sua qualità di vita.

Una comunicazione efficace creerà fiducia, aumenterà la soddisfazione e contribuirà a garantire che i pazienti ricevano le cure che desiderano e di cui hanno bisogno: i pazienti vogliono sapere e sentire che i medici si prendono cura di loro (Bradshaw, 2019).

Secondo la WHO, la qualità dell'assistenza sanitaria implica la necessità di fornire i più appropriati mezzi diagnostici e trattamenti terapeutici minimizzando i rischi e massimizzando la soddisfazione del paziente (Consejo Ejecutivo, 120., 2007).

Di conseguenza, la soddisfazione del paziente si lega alla percezione e alla valutazione delle cure ricevute e dei servizi offerti. Un paziente che percepisce di essere preso in carico con empatia, ascolto, rispetto, cura, attenzione, personalizzazione e serietà sarà un paziente soddisfatto.

Nelle cure mediche, essere empatici significa collegarsi sul piano emozionale con il paziente, comprendendo le emozioni che si mescolano a causa della condizione di malattia: questo rappresenta la pietra angolare della relazione medico-paziente ed è un elemento cruciale per fornire cure mediche di elevata qualità.

Un'osservazione su 2,487 partecipanti ha fatto emergere un dato meritevole di nota (Moya-Salazar *et al.*, 2023), che la carenza di empatia nella relazione medico-paziente produce effetti negativi su entrambi i soggetti coinvolti, in particolare sugli operatori sanitari: l'assenza di empatia può generare problemi emotivi e psico-emotivi come burn out, depressione, disturbi del sonno e calo della concentrazione. Come una spirale, lo stress cronico degli operatori sanitari alimenta la distanza dal paziente e porta a progressivo esaurimento, compromettendo ulteriormente la qualità dell'assistenza e la propria salute.

Chi si prende cura degli operatori sanitari, in questo complesso rapporto con le persone sofferenti, in un rapporto che muta sia per la naturale evoluzione sia per la legge?

Si giunge così a dover prendere atto che la buona comunicazione, la qualità della relazione e la qualità delle cure globalmente intese devono essere considerate una priorità dalle Direzioni, nell'interesse della salute dei pazienti, degli operatori sanitari e del sistema sanitario.

Esiste un piano verticale: l'attività degli operatori sanitari è strettamente determinata dalle direttive e dai condizionamenti dei ranghi manageriali e del controllo di gestione.

In tal senso, occorre riconfigurare il vero significato del Governo Clinico poiché esso non può restare indifferente al carico di dissatisfaction dei pazienti, al conseguente flusso di conflitto giudiziario, non foss'altro per garantire migliori risultati, sia per i pazienti sia per gli operatori, con notevole riduzione di costi.

Un ulteriore elemento sono i costi: il trend di crescita del contenzioso giudiziario per medical malpractice comporta costi elevatissimi per le aziende sanitarie, non solo per i risarcimenti

da corrispondere ai pazienti ma anche per i costi di gestione dei casi/sinistri all'interno dell'azienda sanitaria e per le spese di giustizia, tanto che negli ultimi anni hanno preso forma e corpo le soluzioni extra-giudiziali, le procedure conciliative e le alternative dispute solutions.

Le opzioni migliorative, per intervenire sulla relazione di cura, devono essere sposate e organizzate strategicamente dalla Direzione Aziendale, sia per la corretta applicazione della legge 219/2017 sia per la "salute" della struttura sanitaria.

L'obiettivo in realtà è composito: da un lato si contribuisce all'evoluzione culturale sui temi dell'alleanza terapeutica, dell'informazione, del consenso o del rifiuto degli atti sanitari, anche riformando la concettualità dell'etica dei comportamenti, della deontologia oggi arricchita da nuovi articoli.

Dall'altro lato, si interviene con concretezza sulla formazione delle équipe sanitarie in merito alla nuova relazione con il paziente; il potenziamento delle performance relazionali e comunicative rappresenta uno strumento ineludibile di prevenzione del rischio clinico e del contenzioso. Il fine - dal punto di vista medico legale - è di ridurre le insoddisfazioni dei pazienti sul piano relazionale, che molto spesso fanno da substrato e da traino alle iniziative di richiesta di risarcimento del danno, sia in presenza che in assenza di eventi avversi e danni permanenti.

Non quali strumenti si affronta il potenziamento delle performance comunicative e relazionali degli operatori sanitari? Pensiamo alle nuove tecnologie, alla chirurgia robotica: se dobbiamo potenziare le abilità manuali dei chirurghi che utilizzano i nuovi strumenti ricorriamo al training, alle simulazioni, a formazioni specifiche, peraltro obbligatorie e abilitanti alla pratica di quella specifica disciplina. Al pari, possiamo ragionevolmente ammettere che, per formare gli operatori sanitari sulle moderne connotazioni della relazione di cura, si debba ricorrere ad interventi mirati e si possa creare un modello formativo basato su training e simulazioni. Gli eventi formativi classici sulla comunicazione, già da anni proposti in molte aziende, non sono probabilmente adeguati ad una finalità così profonda, cioè quella di intervenire sull'apparato cognitivo/emotivo degli operatori, su competenze che investono la personalità del medico e la coinvolgono. Nei fatti, nonostante gli eventi formativi non si è osservato nel tempo un reale cambiamento nel contenzioso e nei reclami.

Il presente lavoro si conclude con due proposte: la prima, sperimentare l'applicazione di uno strumento formativo ad hoc per le reali esigenze e monitorare nel tempo se l'attività svolta fa registrare effetti positivi direttamente sui reclami e sulle denunce, misurabili con la loro riduzione.

L'incidenza della comunicazione sulle cause per medical malpractice è dimostrata dai numerosi studi riportati e suggerisce, come iniziativa migliorativa, di occuparsi in concreto con azioni che possano mirare ad un probabile e consistente contenimento almeno della numerosità dei casi.

Uno strumento ormai consolidato da vari contributi internazionali (Borghi et al., 2021), che si può considerare idoneo a sostenere il potenziamento delle performance comunicative, è il PERCS (Program to Enhance relational and Communication Skills), progettato per le "conversazioni difficili" ma che, a mio avviso, contiene gli elementi fondamentali e le potenzialità per rispondere al bisogno di riconfigurare le conversazioni ordinarie e, più in generale, le competenze relazionali degli operatori sanitari.

Le esperienze condotte con il PERCS sono partite dall'evidenza scientifica che le modalità con cui vengono svolte le conversazioni difficili tra medico e paziente contengono zone critiche, come l'elevata incidenza di effetti potenzialmente dannosi sul paziente, sull'operatore sanitario e sul contenzioso medico legale (Levinson *et al.*, 1997).

Per gli operatori sanitari una conversazione difficile può generare fatica, paura, ansia, senso di colpa, impotenza e frustrazione (Martin *et al.*, 2015). Condurre una conversazione difficile richiede che i clinici non abbiano solo le conoscenze teoriche sulla comunicazione ma anche che abbiano coltivato capacità relazionali come l'empatia, la flessibilità, l'autoriflessione, magari con modalità creative più stimolanti per imparare.

In definitiva, la direzione futura è quella di avvalersi degli specialisti della Psicologia Clinica per progettare insieme un modello PERCS da promuovere in setting studiati, principalmente nelle aree più interessate dalle denunce per medical mal pratiche. D'altronde, i dati riportati nel presente articolo documentano che il grado di difficoltà di una conversazione sia di sfumato apprezzamento e di non automatica correlazione con l'impatto sul paziente: in moltissimi casi di contenzioso medico legale le conversazioni contestate sono quelle iniziali e quelle preoperatorie. Una conversazione difficile, se la intendiamo centrata su una complicanza, su una malattia grave, su un errore tecnico intra-operatorio o su un decesso, immaginiamo che avvenga con un atteggiamento preparato, magari insufficiente ma vi è almeno la coscienza di doverla affrontare. Più insidiose sono invece le conversazioni "scontate", quelle effettuate su un paziente ambulatoriale con una diagnosi di patologia addominale e con indicazione ad intervento chirurgico: non si presenta come una conversazione difficile, avrebbe i tratti di un colloquio di ordinaria attività, eppure contiene numerosi aspetti potenzialmente rischiosi.

Davanti ad un paziente "ordinario" qual è la qualità della conversazione? L'informazione viene gestita con accurato dettaglio su tutte le alternative possibili, sui rischi, sulle complicanze possibili? C'è la stessa attenzione nel creare un clima di fiducia e supporto, rispetto a quando ci relazioniamo ad un caso che invece, fin da subito, si presenta complesso per la presenza di vari fattori di rischio clinici?

La questione verte sul creare una nuova dimensione di spazio, di tempo e soprattutto di modo per ogni conversazione fra medico e paziente, ampliando il territorio di applicazione e di rivoluzione, nell'ottica di produrre una catena di benefici, non solo per il paziente e per l'operatore coinvolti direttamente.

Un miglioramento delle competenze comunicative potrà riflettersi positivamente sulle comunicazioni all'interno dell'equipe, fra gli operatori stessi, fra i reparti ed all'interno del sistema salute globalmente inteso.

Si chiama Relazione di Cura proprio perché non è più ristretta alla concezione esclusiva medico-paziente, che resta pur sempre la pietra angolare dell'alleanza terapeutica, ma si inserisce in un'attività di presa in carico da parte dell'intero sistema sanitario.

La seconda linea di progettualità futura mira a favorire iniziative di consapevolezza sociale, di educazione alla cittadinanza e dei pazienti: migliorare le conoscenze sulle attività ospedaliere, sui percorsi di medicina ambulatoriale e territoriale, sulle caratteristiche del Pronto Soccorso, sui rischi di infezione, di cadute, di eventi avversi, promuovere la cultura della malattia, del fine vita, della desistenza terapeutica e della morte. Diffondere la cultura della salute e della prevenzione è senz'altro prioritario eppure un dialogo etico sulla malattia, come esperienza umana comune, e sulle caratteristiche delle cure potrebbe essere

l'occasione per creare un terreno condiviso su cui possa crescere la relazione di cura come dimensione reciproca.

Gli ospedali, nonostante siano luoghi frequentati da gran parte dei cittadini, possono essere percepiti con una certa distanza - vuoi protettiva vuoi culturale - dalle fatiche quotidiane dei pazienti che aspettano mesi per ricevere un appuntamento e che sperimentano una stressante frammentazione dell'iter di cura. La frammentarietà è un elemento che non favorisce la presa in carico della Persona.

Nei casi di medical malpractice si osserva più facilmente la crisi della relazione medico paziente, di quel rapporto privilegiato che è nato in reparto: una volta usciti dalla fase acuta, alcuni pazienti insoddisfatti tendono ad alimentare la distanza ed il sistema salute non sempre raccoglie il bisogno di continuità, gli avvocati strutturano l'insoddisfazione e il resto viene da sé.

La proposta è di agire su un piano socio-sanitario: la presenza di luoghi di cura sul territorio favorisce la creazione di una comunità sanitaria più aperta, più educativa, lo spazio giusto per incontri condivisi in cui fare in concreto diffusione culturale sui temi inerenti alla salute pubblica, alla malattia, all'orientamento nelle erogazioni sanitarie, alla appartenenza ad un sistema sanitario pubblico e, in fondo, per costruire le basi di una relazione di cura più consapevole e reciproca.

5. Conclusioni

Il presente lavoro propone una nuova visione di cura e di cultura, che coinvolge gli operatori sanitari, i pazienti e l'organizzazione sanitaria, che ha un notevole impatto sulla qualità del sistema salute e che può rappresentare uno strumento di prevenzione del contenzioso medico legale. Mettiamo insieme due elementi fondamentali: il primo, la qualità della relazione medico-paziente è diventata obbligatoria ossia dovuta per Legge (219/2019 "il tempo della comunicazione tra medico e paziente è tempo di cura").

Il secondo: le richieste di risarcimento del danno, che hanno un costo ingente per le strutture sanitarie e per le compagnie assicurative, contengono una significativa quota di critiche sulla relazione di cura, sulla chiarezza delle informazioni e sull'alleanza terapeutica.

E' dunque necessario riconfigurare la relazione medico-paziente secondo le indicazioni più moderne suggerite dalla letteratura scientifica internazionale. E' dimostrato che un miglioramento delle performance comunicative e relazionali conduce a numerosi benefici, sui pazienti, sui familiari, sugli operatori sanitari, sul sistema sanitario globalmente inteso. La proposta è di ripensare ad un programma formativo che possa fornire l'acquisizione di una vera competenza relazionale e ciò appare possibile solo attraverso una formazione esperienziale, che vada a intervenire sull'apparato cognitivo ed emozionale. Sembra idonea e percorribile la possibilità di avvalersi del PERCS, già validato dalla letteratura internazionale, con le dovute personalizzazioni.

Una proposta formativa, dedicata inizialmente alle aree più afflitte dal contenzioso medico legale, dovrà essere strutturata e sistematica, fornita dalla struttura sanitaria. Seguirà quindi un monitoraggio, per verificare in che misura il potenziamento delle competenze relazionali incide sul flusso dei reclami e delle denunce per medical malpractice, quanti eventi di carenze relazionali sono evitabili e infine per stimare il risparmio effettivo per l'azienda sanitaria. Una direzione futura complementare sarà dedicata al potenziamento delle conoscenze sul sistema sanitario direttamente nella cittadinanza: il senso di una

organizzazione socio-sanitaria che si articola sul territorio consente e richiede il coinvolgimento attivo dei pazienti.

6. Referenze

- Beckman, H. B., Markakis, K. M., Suchman, A. L., & Frankel, R. M. (1994). The doctor-patient relationship and malpractice: Lessons from plaintiff depositions. *Archives of Internal Medicine*, 154(12), 1365-1370. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8002688/>
- Blendon, R. J., DesRoches, C. M., Brodie, M., Benson, J. M., Rosen, A. B., Schneider, E., Altman, D. E., Zapert, K., Herrmann, M. J., & Steffenson, A. E. (2022). Views of practicing physicians and the public on medical errors. *The New England Journal of Medicine*, 347(24), 1933-1940. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa022151>
- Bradshaw, P. (2019). Good communication reduces risk of a complaint or claim. *British Medical Journal*, 367, l6160. <https://doi.org/10.1136/bmj.l6160>
- Borghini, L., Meyer, E. C., Vegni, E., Oteri, R., Almagioni, P., & Lamiani, G. (2021). Twelve years of the Italian Program to Enhance Relational and Communication Skills (PERCS). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 439. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020439>
- Consejo Ejecutivo, 120. (2007). *Sistemas de salud: sistemas de gestión de la garantía de la calidad: informe de la Secretaría*. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/24866>
- Dahm, M. R., Williams, M., & Crock, C. (2022). 'More than words' - Interpersonal communication, cognitive bias and diagnostic errors. *Patient Education and Counseling*, 105(1), 252-256. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.05.012>
- Douglas, N. R., Stephens, L. S., Posner, K. L., Davies, J. M., Mincer, S. L., Burden, A. R., & Domino, K. B. (2021). Communication failures contributing to patient injury in anaesthesia malpractice claims. *British Journal of Anaesthesia*, 127(3), 470-478. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.05.030>
- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. (2018). *Legge 22 dicembre 2017, n. 219 Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/16/18G00006/sg>
- Hamasaki, T., Takehara, T., & Hagihara, A. (2008). Physicians' communication skills with patients and legal liability in decided medical malpractice litigation cases in Japan. *BMC Family Practice*, 9(1), 43. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-9-43>
- Howick, J., Steinkopf, L., Ulyte, A., Roberts, N., & Meissner, K. (2017). How empathic is your healthcare practitioner? A systematic review and meta-analysis of patient surveys. *BMC Medical Education*, 17(1), 136. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0967-3>
- Howock, J., Moscrop, A., Mebius, A., Fanshawe, T. R., Lewith, G., Bishop, F. L., Mistiaen, P., Roberts, N. W., Dieninytė, E., Hu, X., Aveyard, P., & Onakpoya, I. J. (2018). Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 111(7), 240-252. <https://doi.org/10.1177/0141076818769477>

- Humphrey, K. E., Sundberg, M., Milliren, C. E., Graham, D. A., & Landrigan, C. P. (2022). Frequency and nature of communication and handoff failures in medical malpractice claims. *Journal of Patient Safety*, 18(2), 130-137. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000937>
- Kass, S. J., & Rose, R. V. (2016). Medical malpractice reform – Historical approaches, alternative models and communication and resolution programs. *American Medical Association Journal of Ethics*, 18(3), 299-310. <https://lc.cx/WSOVmk>
- Kessler, D. P. (2011). Evaluating the medical malpractice system and options for reform. *Journal of Economic Perspectives*, 25(2), 93-110. <https://doi.org/10.1257/jep.25.2.93>
- Kusumoto, F., Ross, J., Wright, D., Chazal, R. A., & Anderson, R. E. (2024). Analysis of closed claims among all medical specialties: Importance of communication and other non-clinical contributing factors. *Risk Management and Healthcare Policy*, 17, 411-422. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S403710>
- Levinson, W., Roter, D. L., Mullooly, J. P., Dull, V. T., & Frankel, R. M. (1997). Physician-patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *Journal of the American Medical Association*, 277(7), 553-559. <https://doi.org/10.1001/jama.277.7.553>
- Martin, E. B., Mazzola, N. M., Brandano, D. M., Luff, D., Zurakowski, D., Meyer, E. C. (2015). Clinicians' recognition and management of emotions during difficult healthcare conversations. *Patient Education and Counseling*, 98, 1248-1254. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.031>
- Ministero della Salute. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. (2016). Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti. Modulo II. *La comunicazione medico-paziente e tra operatori sanitari*. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2385_allegato.pdf
- Moya-Salazar, J., Goicochea-Palomino, E. A., Porras-Guillermo, J., Cañari, B., Jaime-Quispe, A., Zúñiga, N., Moya-Salazar, M. J., & Contreras-Pulache, H. (2023). Assessing empathy in healthcare services: A systematic review of South American healthcare workers' and patients' perceptions. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1249620. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1249620>
- Schaffer, A. C., Winnie Yu-Moe, C., Babayan, A., Wachter, R. M., & Einbinder, J. S. (2021). Rates and characteristics of medical malpractice claims against hospitalists. *Journal of Hospital Medicine*, 16(7), 390-396. <https://doi.org/10.12788/jhm.3557>
- Smith, R. C., Fortin, A., Dwamena, F., & Frankel, R. (2013). An evidence-based patient-centered method makes the biopsychosocial model scientific. *Patient Education and Counseling*, 91(3), 265-270. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.12.010>
- Street Jr, R. L., Petrocelli, J. V., Amroze, A., Bergelt, C., Murphy, M., Wieting, J. M., & Mazor, K. M. (2020). How communication "failed" or "saved the day": Counterfactual accounts of medical errors. *Journal of Patients Experience*, 7(6), 1247-1254. <https://doi.org/10.1177/2374373520925270>

Tibble, H. M., Broughton, N. S., Studdert, D. M., Spittal, M. J., Hill, N., Morris, J. M., & Bismark, M. M. (2017). Why do surgeons receive more complaints than their physician peers? *ANZ Journal of Surgery*, 88(4), 269-273. <https://doi.org/10.1111/ans.14225>

Tsimtsiou, Z., Kirana, P. S., Hatzimouratidis, K., & Hatzichristou, D. (2014). What is the profile of patients thinking of litigation? Results from the hospitalized and outpatients' profile and expectations study. *Hippokratia*, 18(2), 139-143. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25336877/>

WatreLOT, A. A., Tanos, V., Grimbizis, G., Saridogan, E., Campo, R., & Wattiez, A. (2020). From complication to litigation: The importance of non-technical skills in the management of complications. *Facts, Views & Vision in ObGyn*, 12(2), 133-139. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32832928/>

CONTRIBUTI DEGLI AUTORI, FINANZIAMENTI E RICONOSCIMENTI

Finanziamenti: Questa ricerca non ha ricevuto finanziamenti esterni.

AUTORE:

Maria Chiara Lavorato.

ASST Santi Paolo e Carlo – Milano, Italia.

Specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni con abilitazione e competenze in patologia forense, approfondiva la branca della responsabilità sanitaria e del biodiritto, con applicazione lavorativa in tre ospedali milanesi. Attualmente responsabile di un servizio ospedaliero dedicato al contenzioso medico legale e bioetica, si occupa delle criticità in ospedale, in quattro carceri nella città di Milano e negli ambulatori territoriali. Da quindici anni si occupa di medical malpractice, collabora con gli uffici legali e partecipa alle attività di risk management aziendale. Ha creato un metodo di indagine clinica per la revisione interna dei casi di medical malpractice. Svolge attività di consulente del Tribunale, civile e penale, e della Corte dei Conti. maria.lavorato@asst-santipaolocarlo.it