

L’evoluzione del rapporto medico-paziente: l’esperienza del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico

The evolution of the doctor-patient relationship: the experience of the Campus Bio-Medico University Hospital

ROSSANA ALLONI

Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma

Il rapporto medico-paziente si è evoluto negli scorsi decenni in modo rapido e talora inaspettato; la formazione dei professionisti e degli studenti deve esser particolarmente attenta alla capacità di comunicare e di mettere in atto strategie di coping per raggiungere l’obiettivo di una visione olistica del paziente e di conseguenza una capacità di presa in carico non solo della malattia, ma della persona malata e del suo contesto familiare e sociale. Il miglioramento del livello di istruzione e la diffusione dei social media sono stati fattori rilevanti nelle modificazioni del rapporto medico-paziente, insieme ai cambiamenti sociali che hanno portato a un indebolimento dei legami familiari. Oggi una delle sfide più importanti è mantenere un equilibrio tra professionalità (“etica del lavoro ben fatto”) e “medicina difensiva” per non consentire un deterioramento del rapporto tra il paziente e i sanitari. La pandemia COVID-19 rappresenta un’ulteriore sfida per i sanitari, dato che ha limitato i canali comunicativi e richiesto, al tempo stesso, la riscoperta della relazione medico-paziente in particolare nell’ambito dell’empatia e dello spessore umano delle relazioni.

Parole chiave: Rapporto medico-paziente, famiglia, social media, formazione continua

Evolution of doctor-patient relationship in the last 25 years is impressive. Doctors and students’ education plays a key role, paying attention to communication skills and coping strategies in order to maintain a holistic view of patient. Doctors must care of patients and their families and understand social consequences of health damage. A better level of education and wide diffusion of news had a notable impact on doctor-patient relationship, as well as a profound change in the family. We need a balance between empathy and high level of medical performance and defensive medicine, to avoid deterioration of doctor-patient relationship. COVID-19 pandemic is a further challenge for healthcare professionals, since it has limited communication channels and at the same time required the rediscovery of the doctor-patient relationship, particularly in the context of empathy and the human depth of relationships.

Key words: Doctor-patient relationship, family, social media, continuous education

Indirizzo per la corrispondenza

Address for correspondence

Prof.ssa Rossana Alloni

Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma

via Alvaro del Portillo 200, 00128 Roma

e-mail: r.alloni@unicampus.it



Premessa

Il nostro Policlinico è nato poco più di 25 anni fa con l'esplicita intenzione di proporre un rinnovamento del rapporto tra personale sanitario (medici, infermieri) e pazienti. In un momento storico in cui molti soffrivano per la de-personalizzazione della medicina e uno stile di lavoro clinico in cui il "caso" sostituiva troppo spesso il "paziente", il nascente Policlinico voleva riportare al centro dell'attenzione proprio la persona: persona-malato, persona-familiare di un malato, ma anche persona-medico, persona-infermiere.

A livello dei singoli operatori, ma anche come istituzione, abbiamo da subito sposato una filosofia centrata sul paziente e i suoi bisogni: attenzione all'ambiente come fonte di serenità e di assicurazione, pur adottando soluzioni tecnologiche d'avanguardia, orari di visita dei familiari ampi, per permettere di mantenere un buon rapporto con la famiglia e gli amici, pasti studiati in modo accurato e serviti a orari simili a quelli della vita "normale". Tutto questo, che oggi è abbastanza diffuso, era all'epoca del tutto innovativo (stiamo parlando degli anni '90 del secolo scorso).

Il rapporto medico-paziente e infermiere-paziente è stato inteso come un rapporto di alleanza terapeutica, lontano dal modello paternalistico all'epoca abbastanza diffuso; il rapporto con la famiglia e i caregivers è stato da subito considerato prioritario nella cura del paziente, con tempi destinati al colloquio e all'informazione per una gestione della malattia che consentisse al paziente di sentirsi protagonista.

Come ci aveva detto il Beato Alvaro del Portillo, nella omelia della Messa inaugurale del primo anno accademico (Del Portillo), questo atteggiamento si legava alla disposizione al servizio attraverso la "nobilissima" professione medica e infermieristica e ha dato a tutti noi un profondo senso di gratificazione nell'instaurare rapporti umani e professionali significativi ed efficaci (Navarro Valls, 2015).

I pazienti afferenti al Policlinico nei primi anni erano per lo più persone di ceto medio, che non conoscevano l'istituzione e arrivavano da noi per le vie più diverse: inviati da medici che ci conoscevano e iniziavano a stimarci, inviati da conoscenti, capitati per caso per vicinanza al loro domicilio, a volte incuriositi e speranzosi di trovare un'accoglienza migliore in un ospedale "nuovo" (nuovo per le strutture e di recente apertura). I più non ci conoscevano, avevano anche un certo senso di ritrosia e diffidenza, che si scioglieva quando si rendevano conto che davvero si respirava un'aria un po' speciale: ambienti molto puliti, ordine nel lavoro, personale educato e cortese, alcuni particolari alberghieri curati e piacevoli (la qualità del cibo, l'orario dei pasti, la biancheria sempre pulita e disponibile, la pulizia dei bagni, ecc.). La situazione di parecchi ospedali del Centro e Sud Italia non era dello stesso livello e questo veniva notato dai pazienti e dai familiari. L'attenzione all'aspetto umano e spirituale era evidente e per certi versi sorprendente, soprattutto in situazioni critiche.

Senz'altro in quegli anni esisteva ancora un atteggiamento di sottomissione del paziente all'autorità medica, un modo di lasciar fare al medico quasi senza chiedere che cosa stesse facendo (Means, 1953); nel tempo abbiamo assistito al miglioramento del livello di istruzione e di informazione della popolazione e ci siamo adeguati a un rapporto che non era più di dipendenza e quindi di paternalismo da parte del medico, ma più vicino al rapporto di alleanza terapeutica di cui oggi tanto si parla. Per la filosofia propria dell'istituzione abbiamo sempre cercato di coinvolgere il paziente nelle decisioni, almeno di farglielo comprendere e di condividere incertezze e rischio, e su questa linea abbiamo formato i nostri studenti di Medicina e Infermieristica. C'è sempre stata insistenza dei docenti clinici, nelle lezioni, sul fatto che prima di qualsiasi manovra sul paziente si deve dare una breve spiegazione di ciò che si farà e della motivazione, della finalità, in modo semplice e comprensibile (Skirbekk et al., 2011). In quell'epoca poteva non essere compito facile, dato che molti pazienti provenivano da ambienti sociali di livello medio-basso, con limitata scolarità, e da regioni limitrofe o del Sud del Paese, a volte non parlavano un italiano comprensibile e capivano solo in parte i nostri discorsi.

Con il passare dei decenni abbiamo notato una notevole crescita del livello di scolarità e di cultura dei pazienti, romani e di altre regioni, e a oggi mi sembra di poter affermare che i pazienti con difficoltà nella comprensione delle spiegazioni, analfabeti o quasi, o poco capaci di esprimersi in un italiano corretto sono diventati una minoranza molto ristretta. Questo che ha, da un lato facilitato il compito di dare spiegazioni e coinvolgere il paziente nel processo di cura, creato nuove sfide che cercherò di riassumere nei paragrafi successivi (Kaba e Sooriakumaran, 2007).

Il paziente di oggi

Il paziente di oggi: sa e vuole sapere. Il paziente medio oggi è una persona istruita, che può e vuole capire la propria situazione clinica, che chiede una decisione condivisa non perché sia un esperto del settore, ma perché è protagonista della propria vita, non solo dell'aspetto sanitario, ma anche di infinite situazioni sociali, lavorative, personali, che il medico a volte non può neppure immaginare (Härter, 2020). A volte è difficile intuire lo sconvolgimento che la malattia provoca in una famiglia o in una vita già parecchio complicata per altre vicende. Anche il trattamento più urgente deve, a volte, essere compaginato con responsabilità familiari o sociali molto gravose, e di questo il medico deve saper tenere conto. Il rapporto medico-paziente deve trovare un giusto equilibrio per creare quella collaborazione indispensabile, in cui il medico propone e il paziente consapevolmente accetta, con tutti i rischi possibili e la speranza di benefici che la situazione comporta. Ho presente il caso di un paziente che aveva necessità di un intervento urgente, ma che avendo un figlio

gravemente disabile aveva anche bisogno di trovare, seppur in tempi brevissimi, un nuovo equilibrio che permettesse alla famiglia di continuare una difficile convivenza. La domanda su “quanto urgente” fosse l'intervento era del tutto comprensibile davanti a questo quadro e la comprensione e l'aiuto del medico, per rendere compatibili le due cose, erano importantissimi. In un'altra situazione la richiesta di comprendere meglio i rischi della terapia medica era motivata dal pensiero di dover prima sistemare alcuni affari di famiglia per lasciare in tranquillità la situazione economica. Per la mia esperienza è davvero molto importante saper spiegare la situazione postoperatoria e dare un'idea dei tempi di recupero: il fatto che molta parte della chirurgia sia oggi realizzata per via mininvasiva fa pensare al pubblico che il postoperatorio sia privo di fastidi o breve, con un rapido ritorno alla normalità quanto a forze fisiche per affrontare la routine quotidiana, e non sempre è così. Il paziente ha il diritto di sapere che per un certo periodo non potrà riassumere il suo ruolo sociale (familiare, lavorativo, ecc.) e se e perché avrà bisogno di un supporto specialistico (assistenza domiciliare, ad esempio). Le informazioni su questi aspetti sono fondamentali, darle con attenzione e apertura mentale è un'espressione, a mio parere, di rispetto per la persona che si ha di fronte e di professionalità da parte del sanitario.

Il paziente che sa tutto (o pensa di saperlo). Molti pazienti oggi sono molto informati o pensano di esserlo: arrivano con alle spalle una consultazione più o meno ampia del web, con la testa piena di idee confuse e di informazioni (Sahin et al., 2019) di cui non sanno se possono fidarsi o meno; molti ammettono “l'errore” di aver passato ore su internet cercando informazioni sulla patologia e/o sul trattamento medico o chirurgico, ricavando solo ansia e incertezze; altri si presentano al medico cercando conferma di ciò che hanno trovato e che, secondo le loro ricerche, è il *gold standard* della diagnostica o della terapia. Non è raro che si presentino con foto di atlanti, con copia di articoli scientifici, ecc. In tutti i casi è una situazione ben diversa da quella che incontravamo anni fa. Il “paziente informato” è tale quando ha avuto accesso a informazioni corrette, precise, fondate e comprensibili. Di solito solo fonti accreditate, come gli opuscoli creati *ad hoc* per il paziente (la nostra struttura ne vanta alcune decine), oppure le società scientifiche o i siti creati da associazioni di pazienti, sono affidabili. Sul web si trova molta pubblicità, molta informazione che di fatto è marketing, accanto ad articoli che riportano esperienze cliniche interessanti, ma che solo chi ha una formazione medica può vagliare e apprezzare. Serve molta pazienza con questo tipo di pazienti e con i loro accompagnatori, spesso più aggressivi del paziente stesso; la caccia al medico, che è capace di dare il trattamento più moderno, quello pubblicizzato come l'ultimo ritrovato della Medicina di oggi, è palese e richiede di essere affrontata con atteggiamento pacato e comprensivo a maggior ragione quando ci si rende conto di essere l'ultimo di una serie di specialisti consultati nel giro di poche settimane e/o quando

si tratta di complicanze o di risultati insoddisfacenti di pregressi trattamenti.

Il paziente e la sua privacy. La recente legge 219 (GU n.12 del 16-1-2018) ha precisato che tocca al paziente definire chi sono le persone che possono e devono essere informate sul suo stato di salute; eventualmente nessuna, per cui l'unico interlocutore del medico sarà il paziente stesso. Si tratta di situazioni non facili, in cui per rispettare la volontà del paziente si deve abilmente evitare di dare informazioni a parenti ed amici o sedicenti tali... a molti di noi è capitato di trovarsi in situazioni molto spiacevoli per aver rifiutato di dare informazioni telefoniche o di dare conto del decorso ospedaliero di un paziente a una persona che si è qualificata come familiare, ma non coincide con la persona indicata nell'apposito modulo allegato alla cartella clinica. Ancor più spiacevole se si deroga a quanto stabilito dal paziente e si danno informazioni a persone che poi ne fanno un uso non consono: ex coniugi che si trovano a litigare nella stanza di ospedale, intervento di legali per affari di famiglia, eccetera. Al di là degli aspetti legali, oggi ben definiti dalla legge, a livello umano ci si trova in circostanze davvero spiacevoli.

La famiglia che non c'è, a volte. Un aspetto che senz'altro si è modificato negli ultimi decenni è il contesto familiare del paziente. Mentre anni fa a ogni paziente corrispondeva una famiglia più o meno numerosa e a volte difficile da contenere, oggi la famiglia è una presenza esile, poco rappresentata. È esperienza comune trovarsi davanti anziani che vengono in ambulatorio soli senza essere accompagnati da figli o nipoti che spesso non esistono; la dimissione di alcuni pazienti va programmata già dal momento del ricovero, per poter attivare servizi sociali e socio assistenziali che vicarino la presenza e l'assistenza di familiari spesso assenti o lontani. È chiaro che se a livello tecnico può avere più efficacia l'intervento di una equipe specializzata in assistenza domiciliare, a livello umano la presenza affettuosa di un familiare ha tutt'altro peso. Come la pandemia in corso ci ha insegnato, gli operatori sanitari a volte devono supportare il paziente, assumendo in parte il ruolo del familiare che non c'è, o che è lontano. È chiaro che non si tratta di un ruolo stabile, ma solo di una vicinanza umana che non si può negare a chi è malato e che non fa parte in senso stretto dei doveri professionali; tuttavia per chi lavora al Campus Bio-Medico riecheggiano le parole di mons. Del Portillo, quando ci invitava a coltivare la nostra umanità per comunicarla con spirito di servizio, eccedendo nella carità la misura di ciò che è strettamente dovuto.

Il paziente che è grato delle cure avute ma ci chiede un risarcimento. Il contenzioso sanitario cresce, è sempre più frequente che un paziente chieda risarcimento per danni legati a qualcosa che non è andato bene o che sembra non essere andato a buon fine nell'episodio di cura. Complicanze, certamente, in qualche caso prevenibili, ma spesso inevitabili e non legate a errori diagnostici o terapeutici; eventi avversi come una caduta o lo smarrimento di un oggetto o di un referto; insoddisfazione per le cure ricevute, per un rapporto

medico-paziente o infermiere-paziente, da cui ci si aspettava di più; le fattispecie sono infinite o quasi. Capita anche – riporto un fatto realmente accaduto – che un paziente che, ringrazia al momento della dimissione presentandosi con un vassoio di dolci alla visita di controllo, invii poco tempo dopo una richiesta di risarcimento, facendo riferimento ad aspetti irrilevanti del decorso clinico. Davanti alla sconcerto di sanitari, in occasione di una ulteriore visita di controllo, risponde candidamente “non ce l’ho con voi, anzi; ma se posso ricavarci del denaro mi fa comodo”. Purtroppo il rapporto con i pazienti conosce da alcuni anni un risvolto davvero spiacevole e poco prevedibile, dovuto in buona parte all’azione di professionisti che suggeriscono di fare richiesta di risarcimento fondandosi su minimi particolari (esaminando una cartella clinica si troverà sempre una imprecisione o un errore di trascrizione o un’omissione privi di significato clinico); è evidente che questa prassi crea nei sanitari un senso di ritrosia, di difesa preventiva che oggi viene etichettata come “medicina difensiva” e si esprime in una grande cautela nel rapporto con il paziente, nell’impiego esagerato di mezzi diagnostici “così che non si possa dire che qualcosa è stato omesso” con l’unico risultato di avvelenare i rapporti e far aumentare la spesa sanitaria, senza vantaggio per la salute del paziente (Sonal Sekhar, 2013). Tema ignoto fino a un paio di decenni or sono è adesso una situazione vissuta da molti colleghi come un incubo e che davvero allontana la serenità necessaria nella vita professionale di un operatore sanitario, che, invece di concentrarsi sul benessere del paziente, deve continuamente verificare di essere inattaccabile nelle proprie azioni e decisioni. È stancante questo modo di lavorare ed è molto lontano dallo stile di apertura e alleanza terapeutica che da sempre il nostro Policlinico ha cercato di coltivare. Oggi ancor più di prima nella formazione degli studenti cerchiamo di far comprendere che la cura del rapporto interpersonale è fondamentale, accanto a una professionalità (Virshup et al., 1999) matura e integra nei valori fondanti. L’etica del lavoro ben fatto (Tambone e Ghilardi, 2020), che è uno dei temi di fondo della nostra idealità, è allo stesso tempo una garanzia contro gli attacchi del contenzioso capzioso e un elemento di tranquillità per la coscienza del singolo operatore. Per questo è uno dei temi della formazione permanente che viene offerta a tutto il personale del Policlinico.

Il paziente prevenuto perché legge nei media le notizie sulla “malasanità”. Purtroppo i media non aiutano a diffondere un clima di fiducia e di collaborazione nell’ambito sanitario, molto spesso le persone si fanno influenzare e arrivano prevenute e diffidenti, pronte a contrastare situazioni di “malasanità” che già prevedono di subire. Mi sembra che il nostro Policlinico universitario sia impegnato su due fronti: quello di un comportamento umanamente e professionalmente ineccepibile, plasmato sui principi di una professionalità al servizio del paziente, dell’etica del lavoro ben fatto e dello spirito di servizio vissuto in un’ottica cristiana; D’altro canto, c’è lo sforzo di far conoscere ciò che di buono si fa e si

può fare, per restituire fiducia al pubblico e far notare che il bene esiste, pur con tutte le limitazioni dell’azione umana, e che è possibile avere una visione ottimistica, realistica e positiva dell’operato e dell’ambiente sanitario. Non è questione di propagandare l’infallibilità della scienza, che non esiste, o di fare marketing per incrementare il fatturato del Policlinico (che peraltro lavora nei limiti posti dagli accordi con la Regione Lazio); si tratta di un’azione di risanamento della mentalità, della cultura, in un sano equilibrio tra realismo e capacità di vedere il bene che esiste.

La più recente sfida: la pandemia COVID-19. La pandemia tuttora in corso rappresenta forse la maggiore discontinuità fino a oggi riscontrata nell’evoluzione della medicina e in particolare del rapporto operatore sanitario-paziente. Mai era accaduto di mettere e mantenere in isolamento un numero così grande di pazienti, di creare tanti reparti completamente isolati dal resto dell’ospedale e dal mondo esterno, di dedicare interi ospedali a una unica finalità terapeutica e con un tipo di organizzazione così particolare. Anche negli scenari ipotizzati, che ogni ospedale ha codificato, di “massiccio afflusso” di pazienti o di “afflusso di pazienti infetti” l’entità del problema è sempre stimata di forte impatto ma non così dirompente. Ci siamo trovati con due mondi paralleli: il mondo dei reparti COVID – ognuno isolato, blindato, con un certo numero definito di pazienti e di operatori afferenti – e il mondo esterno – altrettanto blindato, in lockdown, chiuso nelle case e in pochi altri ambienti autorizzati. Nei reparti COVID entra solo il personale, non ci sono visite di familiari; al telefono è affidato il sottile filo comunicativo con chi è all’esterno, tra le attività del medico si è inserita la sessione delle telefonate ai parenti, un succedaneo dell’orario di colloquio a cui eravamo abituati. Senz’altro la sensibilità personale conta molto, ma serve anche un buon training per riuscire a comunicare nel modo migliore, preciso ma non freddo, oggettivo ma empatico, quando si sta parlando di malati in condizioni critiche o che evolvono in modo negativo. Medici e infermieri hanno dovuto imparare anzitutto un nuovo modo di comunicare col paziente, una modalità che riuscisse ad attraversare le barriere della tuta, della visiera, della mascherina, dei doppi guanti; e poi imparare a dare notizie, buone e cattive, senza poter contare sul contatto diretto con l’interlocutore, almeno un contatto visivo, che aiutasse anche a capire l’efficacia della comunicazione e gli effetti suscitati a livello emotivo e razionale. Sicuramente chi aveva già alle spalle un’abitudine positiva al colloquio, a cercare il contatto interpersonale in tutte le circostanze, a creare volutamente un buon rapporto col paziente e con il familiare, si è trovato agevolato nella difficilissima nuova situazione. Tra l’altro l’essere “mascherato” – e quindi poter mascherare le proprie reazioni davanti al paziente o ai colleghi – è simmetrico all’essere aggredito dal quotidiano incontro con storie cliniche rapidamente evolutive, un’esperienza che segna la vita professionale e personale. La creatività di chi mette in gioco il cuore oltre alla testa in queste situazioni ha dato vita a mille espedienti e

soluzioni per creare e mantenere il rapporto con il paziente e tra paziente e famiglia: senz'altro si è riscoperto il valore del "toccare" come mezzo per esprimere vicinanza, condivisione, sostegno; si sono usati i mezzi tecnologici più vari e nei modi più diversi, nel nostro COVID center l'uso dello smartphone e dei tablet è stato molto ampio sia per mantenere il contatto con i familiari che per "portare" all'interno eventi come sessioni di musicoterapia, di musica, di spiritualità; colpisce, nei nostri reparti COVID, l'abbondanza di fotografie e di disegni spesso infantili, un modo di star vicino ai nonni o agli amici; registrazioni di voci e canzoni, di racconti di famiglia; molto altro si potrebbe elencare. È auspicabile che alcune di queste esperienze possano continuare anche a fine pandemia, come espressione di vie di comunicazione aggiuntive a quelle che tradizionalmente vengono utilizzate, per rendere sempre più accettabile la degenza in ospedale.

La scelta vincente dell'accreditamento internazionale *Joint Commission International* (JCI) e la formazione continua su qualità e sicurezza. Pur coltivando fin dai primi giorni della sua esistenza il principio dell'etica del lavoro ben fatto, come presupposto per un lavoro eticamente buono, non per nulla si afferma *bad science, bad ethics*, la nostra istituzione ha sentito il bisogno di misurarsi su standard esterni, non autoreferenziali, e su standard molto elevati. Questo ha il vantaggio di mantenere alta la tensione al miglioramento continuo e di contrastare la comune, umana tendenza ad abbassare l'asticella col trascorrere del tempo, accontentandosi dei risultati e del livello raggiunti. Molto opportunamente negli anni 2010-2012 si è deciso di affrontare la sfida dell'acquisizione dell'accreditamento internazionale JCI, un accreditamento per ospedali universitari che si basa su circa 1300 standard che riguardano ogni aspetto della vita clinica, dalla procedura per acquistare i farmaci al controllo delle derrate alimentari, alla verifica dell'adesione ai protocolli clinici di prevenzione delle infezioni. In Italia gli ospedali accreditati non sono numerosi e a Roma il Policlinico UCBM è l'unico a potersi fregiare di questo titolo, che rappresenta un biglietto da visita importante non solo per il mercato internazionale, ma anche per stringere rapporti con enti di ricerca per i trials clinici e per poter dimostrare un livello molto elevato di attenzione alla prevenzione degli incidenti e degli errori nell'ambito clinico. Il livello di sicurezza e qualità dell'assistenza è molto elevato negli ospedali accreditati JCI e questo

genera una serie di conseguenze pratiche: formazione permanente per il personale su Qualità e Sicurezza dell'assistenza, formazione degli studenti futuri medici e infermieri su questi stessi temi, attenzione al paziente e formazione anche per pazienti e familiari che sono presenti e partecipi dell'ambiente del Policlinico, una mobilitazione continua e sempre rinnovata per affrontare le sfide che l'evolversi della medicina e i mutamenti sociali propongono. In qualche modo, i principi di JCI coincidono in parte con i valori dell'Università Campus Bio-Medico, che però hanno in più la linfa vivificante della visione cristiana del mondo e della persona umana.

Bibliografia

Del Portillo A. *Omelia della Messa per l'inaugurazione del primo anno accademico dell'Università Campus Bio-Medico di Roma* (https://www.unicampus.it/documents/OMELIA_Don_Alvaro_UCBM_1993.pdf, consultato il 9/4/2021).

Härter M. *It's time for shared decision making and person-centred care*. *The Patient* 2020;13:643-644.

Joint Commission International (JCI). *JCI Accreditation standards for hospitals*, 2020.

Kaba R, Sooriakumaran P. *The evolution of the doctor-patient relationship*. *Int J Surg* 2007;5:57-65.

Legge 219 del 2017: *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*. GU n.12 del 16-1-2018.

Means JH. *Evolution of the doctor-patient relationship*. *Bull NY Acad Med* 1953;29:725-732.

Navarro Valls J. *Paziente o Persona? Spunti di riflessione*. In: Alloni R, Ed. *Qualità e sicurezza nel lavoro clinico*. Parte III 2015;177-186.

Rinaldi C, D'Alleva A, Leigheb F, et al. *Defensive practices among non-medical health professionals: an overview of the scientific literature*. *J Healthc Qual Res* 2019;34:97-108.

Sahin AN, Sahin A S, Schewenter F, et al. *You Tube videos as a source of information on colorectal cancer: what do our patients learn?* *J Cancer Educ* 2019;34:1160-1166.

Skirbekk H, Middelthon AL, Hjortdahl P, et al. *Mandates of trust in the doctor-patient relationship*. *Qual Health Res* 2011;21:1182-190.

Sonal Sekhar M, Vyas N. *Defensive medicine: a bane to healthcare*. *Ann Med Health Sci Res* 2013;3:295-296.

Tambone V, Ghilardi G. *Philosophy and deontology of medical practice. Ethics of the job well done in bio-medical sciences*. Roma: SEU 2020.

Virshup BB, Oppenberg AA, Coleman MM. *Strategic risk management: reducing malpractice claims through more effective patient-doctor communication*. *Am J Med Qual* 1999;14:153-159.