

**La colpa nell'attività medica:
linee guida e protocolli,
riduzione dei costi e
carenze strutturali/organizzative**

Andrea Di Landro

La degenza in ospedale

6-7 giorni la degenza media in ospedale

11 mesi 655 i ricoveri in un anno

1,9 giorni degenza media preoperatoria

73 milioni le giornate di degenza

185 per 1.000 abitanti. Tasso di ospedalizzazione totale (per acuti, riabilitazione e lungodegenza, regime ordinario e day hospital)

Tasso di ospedalizzazione in day hospital 41% i ricoverati per motivi chirurgici 30% i ricoveri di casi complicati

La Cassazione: è reato se il medico dimette un paziente per risparmiare

“La salute prevale sul principio di economicità”. Ed è polemica

MICHELE BOCCI

ROMA — No alle dimissioni lampo dagli ospedali, i malati devono essere rimandati a casa quando stanno bene e non perché lo dicono le linee guida, che rischiano di seguitare criteri di economicità nel dettare i tempi massimi di ricovero. La quarta sezione penale della Cassazione ha emesso una sentenza che manda in subbuglio il mondo medico. La decisione rischia di dare un duro colpo alla politica di riduzione delle giornate di degenza che caratterizza la gestione della sanità di questi anni. Oltretutto, come avviene sempre per le sentenze contro i prof sanitari, qualcuno teme che faccia rifugiare sempre di più i camici bianchi nella “medicina difensiva”, che spinge a prescrivere accertamenti e terapie inutili per paura di sbagliare. Il caso affrontato dalla Cassazione (con la sentenza è la 8254) è quello di un uomo, Romildo B., che sarebbe stato dimesso troppo velocemente dopo un intervento di angioplastica. Entrato all'ospedale di Busto Arsizio il 9 giugno 2004 per infarto, è stato rimandato a casa dopo 9 giorni perché «asintomatico e stabiliz-

zato». La stessa notte l'uomo è morto. Secondo un'averro dimesso, dice una perizia legale, sarebbe sopravvissuto. Il medico che ha dato le dimissioni, Roberto C., in primo grado venne condannato a 6 mesi e in appello fu assolto perché il fatto non costituisce reato» perché aveva seguito le linee guida sulle dimissioni. La Cassazione ha accolto il ricorso di procura e familiari contro la decisione. I giudici hanno criticato le linee guida «nulla si conosce dei loro contenuti, né dell'autorità dalle quali provengono, né del loro livello di scientificità, né delle finalità che con esse si intende perseguire» oppure se «altro non sono che uno strumento per garantire l'economicità della gestione della struttura ospedaliera. A nessuno è consentito di anteporre la logica economica alla logica della tutela della salute. Il medico non può usare le linee guida per mettersi al riparo dalle proprie responsabilità.

LE CORSIE In Italia il tasso dei day hospital è di 54 ogni mille abitanti

“Paradossale che il fattore di spesa sia insignificante, così le risorse non basteranno”

zato». La stessa notte l'uomo è morto. Secondo un'averro dimesso, dice una perizia legale, sarebbe sopravvissuto. Il medico che ha dato le dimissioni, Roberto C., in primo grado venne condannato a 6 mesi e in appello fu assolto perché il fatto non costituisce reato» perché aveva seguito le linee guida sulle dimissioni. La Cassazione ha accolto il ricorso di procura e familiari contro la decisione. I giudici hanno criticato le linee guida «nulla si conosce dei loro contenuti, né dell'autorità dalle quali provengono, né del loro livello di scientificità, né delle finalità che con esse si intende perseguire» oppure se «altro non sono che uno strumento per garantire l'economicità della gestione della struttura ospedaliera. A nessuno è consentito di anteporre la logica economica alla logica della tutela della salute. Il medico non può usare le linee guida per mettersi al riparo dalle proprie responsabilità.

In Italia la degenza media è di 6,7 giorni. «La sentenza può essere un antidoto a un male diffuso: le dimissioni lampo e forzate. Un fenomeno che, purtroppo, complica la crisi, i tagli e i piani di rientro, non sembra arrestarsi», dice Francesca Moccia, coordinatrice del Tribunale per i diritti del Malato-Cittadinanzattiva. L'avvocato in modo diverso Giovanni Monchiero, il presidente della

L'intervista
Il sindacalista Costantino Troise
“Così si alimenta l'insicurezza. Un danno per tutti”

ROMA — «Negli ospedali italiani sono stati tagliati troppi letti, è questo il problema». Costantino Troise è il responsabile del più grande sindacato dei medici ospedalieri, l'Anao. Ma la durata della degenza media bassa è un valore o no? «Certo che è un valore, su questo non ci sono dubbi. Il problema è che nel nostro paese mancano i letti. Ne abbiamo 3,2 per 1.000 abitanti, siamo ai minimi in Europa. In questi anni si è lavorato per ridurli senza creare un primo e un doppio il ricovero, cioè una buona assistenza nel territorio. Questo fa aumentare la domanda e mette in difficoltà le strutture». Sentite la pressione delle

“Siamo ai minimi in Europa, in questi anni si è tagliato molto senza pensare a una buona assistenza sul territorio”

aziende che vogliono risparmiare?

«Da tempo lamentiamo una cultura aziendalista che tende a mettere in secondo piano i valori professionali».

Cosa pensa della sentenza?

«Credo che nessun collega semplifichi il proprio giudizio clinico perché deve liberare un letto. E poi le linee guida le fanno i professionisti, cioè le loro società scientifiche. Sono suggerimenti messi a disposizione del singolo medico per aiutarlo a decidere. Non lo obbligano. La critica alle linee guida non mi convince».

Che effetti avrà questa decisione?

«C'è il rischio che i medici si sentano sempre più soli quando fanno il loro lavoro. Così perdono sicurezza e questo è un fatto negativo per tutti».

(mi.bo.)

Il Sole 24 ORE,
4 marzo 2011:

“La sanità low cost non attenua la colpa del medico”

Questione della rilevanza del “fattore di spesa” nella condotta medica, ovvero del rapporto tra principio di economicità e tutela della salute

- Cass. Sez. IV pen., u.p. 23/11/10, dep. 2/3/11: il “perito, richiamando le c.d. linee guida (o protocolli medici) che prevedono la dimissione del paziente allorché si sia raggiunta la stabilizzazione del quadro clinico, aveva rilevato che, nel caso di specie, non esistevano indici contrari alla dimissione, perché il B. era in compenso cardiocircolatorio e nulla faceva presagire la complicanza fatale”
- Paziente dimesso nove giorni dopo l’infarto, muore la notte stessa per attacco cardiaco

Richiamo ad esigenze e logiche di economicità gestionale che vorrebbero accelerare le dimissioni non appena si raggiunga la stabilizzazione del quadro clinico

- Cass. Sez. IV pen., u.p. 23/11/10, dep. 2/3/11, *Annulla App. Milano, 16/11/09*: “a nessuno è consentito anteporre la logica economica alla logica della tutela della salute”
- “I giudici del gravame, invero, sono pervenuti alla sentenza assolutoria [...] attraverso un iter argomentativo che ha tenuto conto solo della generica presenza delle condizioni astrattamente previste nelle ‘linee guida’ di settore [...] ma che ha del tutto omesso di considerare se le specifiche condizioni cliniche del B. consentissero di procedere ad un ‘acceleramento’ della dimissione, ovvero evidenziassero la necessità di un prolungamento della degenza ospedaliera, superando la burocratica barriera frapposta dalle ‘linee guida’”

Necessaria considerazione delle specifiche condizioni cliniche del paziente

- Cass. Sez. IV pen., u.p. 23/11/10, dep. 2/3/11, *Annulla App. Milano, 16/11/09*: “il B. era [...] fumatore, iperteso da tre anni con rifiuto di terapia, affetto da ipercolesterolemia grave, da ipertrigliceridemia, obesità, tutti indicatori di una sindrome dismetabolica”
- Le linee guida riguardano la sola patologia cardiaca
- Necessario “verificare se la ‘particolarità’ del caso B. non dovesse rinvenirsi proprio nella ‘persistente criticità e precarietà’ delle condizioni dello stesso dovute non solo all’invasività dell’infarto, ma anche alle gravi, ulteriori e persistenti patologie”

Da dove nasce il riferimento a linee guida e/o protocolli

- Ragioni di carattere penalistico: questione dell'indeterminatezza della colpa, e della colpa medica in particolare
- Colpa "generica": fonte in regole non scritte (c.d. *leges artis*) → problematiche della predeterminabilità ex ante della condotta colposa e della controllabilità ex post della sua ricostruzione
- Struttura "aperta" della fattispecie colposa entra in tensione coi principi costituzionali di legalità (tassatività in particolare) e di colpevolezza

Struttura “aperta” della fattispecie colposa: come individuare le regole cautelari?

- Problematica acuita nella colpa medica, laddove il giudice fatica ad atteggiarsi quale *dominus* del processo → complessa dialettica giudice-periti
- Piattaforma di valutazione della colpa medica rappresenta, anche per gli esperti, un *corpus* di conoscenze e tecniche sterminato, in continua evoluzione, e per giunta variabile secondo i diversi contesti ambientali in cui i pazienti vengono curati
- Periti e consulenti ricorrono spesso a criteri di valutazione personali, attribuendo valore di “regole” a condotte che riconoscono invece un margine di discrezionalità

Tradizionali linee ricostruttive della colpa medica

- Colpa “generica” = violazione di regole cautelari di fonte sociale o tecnica, non giuridica
- Regole cautelari individuate sulla base dei giudizi di “prevedibilità” ed “evitabilità” dell’evento
- Giudizi di prevedibilità ed evitabilità formulati a loro volta in relazione al parametro dell’“agente-modello”
- Formule non in grado di conferire un preciso contenuto oggettivo all’illecito colposo
- Tendenza a ricostruire le regole cautelari in prospettiva non *ex ante* (calandosi nei panni dell’agente al momento della condotta), ma *ex post* (col “senno di poi”), attraverso lo specchio deformante dell’evento

Sovrapposizione del giudizio sulla colpa a quello sulla causalità

- Mentre la causalità richiede di essere accertata *ex post*, la colpa deve essere valutata *ex ante*
- Ma: naturale tendenza a giudicare la condotta (colposa) in modo dipendente dai risultati della stessa
- Chi esamina un caso al termine del suo decorso dispone di tutti gli elementi che si sono accumulati nel tempo (e l'accusato non possedeva al momento in cui si trovò ad affrontare la situazione): tali elementi consentono chiarimenti diagnostici e decisioni terapeutiche che nella fase iniziale possono essere difficili ed opinabili
- Tendenza a sovrastimare la capacità di prevedere un risultato una volta che si è a conoscenza del risultato stesso: fattori di distorsione cognitiva tipici delle indagini retrospettive, ben noti alle scienze sociali
- Suggestione spesso indotta dal resoconto dell'inchiesta e dalla gravità del danno alla persona

Crescente formalizzazione delle regole cautelari nella colpa professionale

- Passaggio da un regime di prevalente colpa generica alla colpa “specificata”, fondata su regole scritte
- Fenomeno osservato sinora soprattutto nel diritto penale del lavoro, tende a diffondersi ora anche in ambito medico
- Sperimentazione di modelli normativi “ibridi” di gestione del rischio, con coinvolgimento di soggetti privati (datore di lavoro, ente collettivo, operatori sanitari, ecc.) nell’individuazione delle regole cautelari, attraverso la valutazione del rischio e l’elaborazione di piani di sicurezza

Colpa “protocollare” quale *tertium genus* tra colpa generica e specifica: la tutela di interessi pubblici (salute) può essere delegata ai privati?

Complessi meccanismi di integrazione tra:

- 1) forme tradizionali di etero-disciplina di matrice pubblicistica
- 2) modelli innovativi di auto-disciplina, basati su una “privatizzazione” del *risk management*

Tali tecniche di “produzione normativa secondaria”, indotte legislativamente nei settori del lavoro e della sicurezza del prodotto, si diffondono nel settore medico in via prevalentemente spontanea

Linee guida e protocolli medici: che cosa sono?

- Linee guida (definizione IOM): “asserti sviluppati in modo sistematico allo scopo di aiutare le decisioni del medico e del paziente riguardo alle cure sanitarie più adatte”
- Protocolli (meno diffusi delle prime): “rigidi schemi di comportamento diagnostico e terapeutico, tipici di un programma di ricerca clinica sperimentale elaborato per assicurarne la riproducibilità e quindi l’attendibilità scientifica”

Stato della giurisprudenza italiana in materia di linee guida come parametro valutativo della colpa

- Non-esaustività
- Elasticità
- Individualizzazione

Giurisprudenza civile: osservanza delle linee guida come presunzione semplice di adempimento dell'obbligazione

Fonti delle linee guida e organi competenti

- Questione di primaria importanza agli occhi del giurista: negli ultimi anni la produzione di l.g. si è moltiplicata, coinvolgendo diversi attori tra cui
 - 1) società scientifiche
 - 2) specifici organismi o agenzie nazionali
 - 3) regioni
 - 4) singole strutture sanitarie
- Necessaria riconduzione ad un quadro chiaro e organico: resta comunque un sistema policentrico
- In Italia si è introdotta una forma di accreditamento pubblico-istituzionale, allo scopo di assicurare standard metodologici: articolata banca dati *on-line* gestita dal SSN (ISS e CNESPS) → <http://www.snlg-iss.it/>

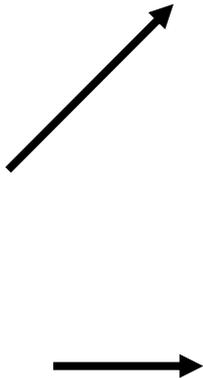
Il modello italiano: dal rinvio a linee guida internazionali alle l.g. “locali”

- Costi elevati per la produzione di l.g. *evidence based*: rinvio a documenti internazionali → banca dati comparativa nell’ambito del SNLG consente attraverso tabelle sinottiche il confronto tra le principali raccomandazioni reperite a livello internazionale, evidenziando anche i possibili problemi di trasferibilità nel contesto italiano
- L.g. regionali, accreditate dal SSN: non possono limitare o condizionare i “livelli essenziali” delle prestazioni sanitarie (art. 117 c. 2 lett. m Cost.)
- L.g. locali (ASL, Dipartimenti, reparti): problema del rapporto tra indicazioni cliniche ottimali e politiche costi-efficacia, aggravato dal fatto che tali l.g. possono assumere la veste di “regolamenti di servizio” o “atti normativi interni”

Complessa relazione tra linee guida “ideali” (*best*) e l.g. per la razionalizzazione della spesa sanitaria (*cost-efficient*)

- Concetti che il mondo sanitario tende sempre più a raccordare, in un delicato equilibrio
- Rischio che linee guida eccessivamente condizionate da preoccupazioni di ordine economico possano porre troppo in basso gli standard cautelari
- In sede giudiziale può essere discussa non solo la corretta applicazione della l.g. ma anche la stessa congruità tecnico-scientifica della l.g. → responsabilità in quest'ultimo caso a carico potenzialmente sia dei medici sia degli estensori della l.g. (vertici della struttura sanitaria, organi politici, ecc.; più complicato mettere in discussione l.g. di società scientifiche o accreditate dal SSN: è stato fatto dalla giurisprudenza anglosassone)

Definizione del “rischio consentito” delegata ai privati: problemi di attendibilità e parzialità delle fonti?

- Predisposizione di misure di contenimento del rischio da parte delle stesse categorie in prima persona coinvolte nelle attività da regolare può rappresentare un *vulnus* alla terzietà dei meccanismi di controllo (coincidenza tra controllori e controllati)
 - Problema si pone
 - (a) sia in un contesto di regole cautelari formalizzate
 - (b) sia in un contesto di regole non scritte fondate sulle prassi diffuse
- 
- *Screening* di affidabilità delle regole cautelari in sede giudiziale:
 - (a) possibile giudizio di insufficienza o non-eshaustività e retroazione alla colpa “generica”
 - (b) parametro non è ciò che comunemente viene fatto, ma ciò che dovrebbe essere fatto

Non conta tanto chi definisce le regole cautelari, quanto come le definisce (quale metodologia di sviluppo)

- Sospetto che si perseguano obiettivi solo economici può riguardare l'elaborazione delle regole cautelari sia da parte di soggetti privati sia pubblici
- Rapporto tra efficacia clinica, efficacia in termini di costi ed uguaglianza di condizioni di accesso alle cure deve essere impostato in modo trasparente, e assicurare la dialettica tra le varie categorie interessate:
 - A] autorità ed amministrazioni nel campo della sanità e dell'economia
 - B] (associazioni di) medici
 - C] (associazioni di) pazienti: ruolo chiave degli utenti/consumatori delle prestazioni sanitarie, quali soggetti co-interessati a uno sviluppo in direzione di maggiore qualità delle cure e contro-interessati a possibili derive in termini di mero risparmio o di accrescimento dei margini di profitto del settore sanità

Ruolo chiave dell'utente delle prestazioni nella dialettica in tema di valutazione e gestione del rischio (non solo sanitario)

- Moderni orientamenti sul rapporto tra diritto e scienza: superamento del mito c.d. tecnocratico (affidamento a un sapere, o meglio a un sapiente presuntivamente oggettivo) e di un approccio “paternalistico”, in favore di un'impostazione “democratica” → ampia e capillare partecipazione della società nelle scelte relative alla regolamentazione del rischio scientifico, soprattutto in condizioni di incertezza: principi non solo di democrazia, giustizia, ma anche di efficacia pratica (costruire relazioni di fiducia)
- Interazione tra portatori di conoscenza e di interessi, tra fatti e valori: nella decisione entrano in gioco elementi estranei al processo propriamente scientifico, come l'opportunità economica

Orientamenti nord-americani sul rapporto tra diritto e scienza in condizioni di incertezza

- Per valutare e gestire il rischio costruire modelli di consultazione in cui possono trovare la massima rappresentatività le diverse organizzazioni interessate nell'ambito della comunità
- Corti come laboratorio per affrontare i molti problemi che devono essere risolti nello sviluppo e nell'adozione dei nuovi parametri di valutazione delle condotte mediche

Analisi del rapporto tra *leges artis* e specifiche condizioni cliniche del paziente (v. caso trattato all'inizio)

- Insopprimibile dimensione strumentale e contingente dell'attività medica: necessaria finalizzazione applicativa alla cura di malati "in carne ed ossa", prima che di malattie
- Situazioni mediche semplici/standardizzate e situazioni complesse; possibile anche, nel singolo caso, l'intreccio tra aspetti normali ed anomali
- Rischio di omologazione del paziente-modello: nel tentativo scientifico di apportare vantaggio a tutti i pazienti, attraverso schemi di condotta precisi, si possono perdere di vista i problemi del singolo malato, a causa di fattori confondenti come la co-morbidità ("gravi, ulteriori e persistenti patologie")
- Fattori specifici al singolo paziente, fino a che (in prospettiva) non saranno presi sistematicamente in considerazione già nelle stesse linee guida, devono essere valutati dal giudice nella ricostruzione della condotta medica corretta

Problema contiguo relativamente all'impatto delle politiche economico-sanitarie sulla *malpractice*: impossibilità di rispettare standard a causa di carenze strutturali

- All'astratto progredire della scienza medica fanno spesso riscontro, in concreto, strutture sanitarie arretrate
- Posizioni rigorose della giurisprudenza: il luogo inidoneo per il trattamento sanitario può condurre all'esclusione della responsabilità solo per le prestazioni mediche effettuate in condizioni di emergenza (o al più di urgenza)
- Colpa c.d. per assunzione negli altri casi

Valutazione circa la possibilità di trasferire in strutture più attrezzate il paziente, con tempistica compatibile con le sue esigenze mediche

Cass., sez. IV, 25/9/2007, n. 44765 (danni da parto): distinzione tra situazione non-urgente e urgente rispecchiata in due distinte posizioni processuali

- a) responsabilità della ginecologa di turno: una volta visitata la paziente, avrebbe dovuto “disporre tempestivamente il ricovero in struttura ospedaliera adeguata”
- b) non responsabilità della neonatologa reperibile: viene chiamata ed interviene in un momento successivo, quando il trasferimento della puerpera in un presidio più attrezzato risulta non più possibile, o comunque tardivo

Se urgenza della situazione non consente il trasferimento, obbligo di adottare possibili cautele sostitutive

- Cass., sez. IV, 18/12/2009, n. 3365 (morte per mancata intubazione o tracheotomia):
la struttura “mancava di un reparto di rianimazione e di otorinolaringoiatria nonché dello specialista otorino in sede come guardia attiva”
- Condanna degli anestesisti: “pur in presenza di obiettive carenze strutturali dell’Ospedale [...] avrebbero potuto (e, a ben vedere, dovuto) servirsi delle attrezzature del reparto di terapia intensiva cardiologica”

Obblighi in caso di carenze strutturali

- 1) Trasferire, in via primaria, il paziente in un presidio più attrezzato:
Cass., sez. IV, 23/3/2007, Margani; 9/2/2000, De Donno (situazione non urgente, inadeguatezza della struttura prevedibile *ex ante*)

- 2) Prestare, in via secondaria, accorgimenti sostitutivi, ove possibili:
Cass., sez. IV, 24/5/2001, n. 35758 (situazione urgente, struttura astrattamente adeguata ma complicanza imprevedibile *ex ante*, impossibilità di cautele sostitutive, assoluzione);
Cass., sez. IV, 11/12/2002, Perilli (obblighi che valgono anche per il medico intervenuto a titolo di consulto);

- 3) A carico del dirigente dell'unità operativa (primario), se ha possibilità d'incidere a livello organizzativo per la rimozione delle carenze strutturali, obbligo d'attivarsi in tal senso:
Cass., sez. IV, 5/12/2007, Spinosa ed altri

Giurisprudenza civilistica in tema di responsabilità sanitaria per carenze strutturali e/o organizzative

- Cass., sez III, 30/7/2004, n. 14638, Galbiati c. Fondaz. Centro S. Raffaele: dovere di informare il paziente circa tali carenze → “riguarda i soli rischi prevedibili”
- Cass., sez. III, 5/7/2004, n. 6318, De Sio c. Reg. Campania: “deve informare il paziente, consigliandogli, se manca l’urgenza di intervenire, il ricovero in una struttura più idonea”

Tre livelli (eventualmente anche concorrenti) di responsabilità penale per carenze strutturali e/o organizzative

- A) Personale sanitario
- B) Organi di vertice delle Aziende sanitarie: direttore generale, direttore amministrativo, direttore sanitario (strutture pubbliche)
- C) Organi politici competenti sul Servizio sanitario: prevalentemente nell'ambito della Regione

Strutture pubbliche: no responsabilità amministrativa ex D.Lgs. 231/2001 → “ente pubblico non economico” espressamente escluso (art. 1 c. 3)

Aziende, non imprese: no “fine della produzione o dello scambio di beni o servizi” contro corrispettivo

Responsabilità degli organi di vertice delle Aziende sanitarie (livello B): normativa nazionale e interna

- Direttore generale: “responsabile della gestione complessiva” (art. 3 c. 1-*quater* D. Lgs. 229/1999) → criteri delega di funzioni
- Direttori amministrativo e sanitario: coadiuvano il d.g. con “diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e pareri, alla formazione delle decisioni” (art. 3 c. 1-*quinquies*)
- Moduli organizzativi interni

Responsabilità degli organi di vertice delle Aziende sanitarie (livello B): giurisprudenza

- Cass., sez. IV pen., 5/12/2007, Spinosa e altri (morte di neonato per surriscaldamento dell'incubatrice): responsabilità del direttore generale e del direttore sanitario “per aver deliberato e consentito il mutamento del sistema di manutenzione con uno di minore affidabilità (da periodico a semplice chiamata; nella specie, l'ultimo controllo risaliva a quattro anni addietro)”
- Cass., sez. IV, 20/9/1995, Gazzara (morte a causa di decorso post-operatorio problematico): responsabilità del direttore amministrativo e del direttore sanitario per non aver predisposto “un'organizzazione ameno sufficiente, e tale comunque da rendere possibile almeno quel minimo d'assistenza notturna post-operatoria che tutti gli interventi chirurgici eseguiti in anestesia impongono”

Impossibilità c.d. finanziaria: esclusione della responsabilità al livello B e possibile responsabilità al livello C (organi politici)

- Problema del rapporto tra scelte politiche discrezionali e tutela del diritto alla salute
- Sindacabilità più in sede costituzionale o amministrativa, che penale (quest'ultima in casi estremi: es. mancato trasferimento di somme già destinate)
- Leggi regionali e piano sanitario reg. devono rispettare “livelli essenziali ed uniformi di assistenza” (art. 1 cc. 13 -14 D.lgs. 299/1999; art. 117 c. 2 lett. m Cost.)
- Piano sanitario nazionale definisce i livelli essenziali ed uniformi di assistenza “nel rispetto dei principi di dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell’equità nell’accesso all’assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza con riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell’economicità nell’impiego delle risorse” (art. 1 c. 2 D.Lgs. 299/1999; art. 32 Cost.)

Teoria c.d. del “formaggio svizzero” (Reason): responsabile dell'incidente non è sempre solo il medico, anello terminale di un sistema complesso

