



ACOI  
Associazione Chirurghi  
Ospedalieri Italiani



Gruppo di Studio  
"Medicina e Legalità"



# LA RESPONSA BILITÀ NEL LAVORO DI EQUIPE

ISTRUZIONI PER L'USO

## *Introduzione*

*Tutti sanno, non solo i medici e gli operatori del diritto, quanto sia costante l'incremento di vicende giudiziarie in ambito sanitario, e coloro che hanno sin qui seguito il lavoro del gruppo di studio Medicina & Legalità hanno verificato come le soluzioni da noi proposte passino anche attraverso una corretta e puntuale informazione a favore del medico e del chirurgo sulla realtà delle norme e dei principi giuridici.*

*Il rischio di vedersi coinvolti in vicende giudiziarie può e deve essere prevenuto anche tramite la conoscenza (inevitabilmente di base, ma comunque sufficiente) dei principi giuridici attraverso i quali la condotta dell'operatore sanitario verrà analizzata e giudicata in caso di contenzioso. E se il medico utilizzerà tale conoscenza per orientare la propria condotta, la possibilità che commetta errori giuridicamente rilevanti potrà essere sensibilmente diminuita.*

*Con il primo volume abbiamo voluto offrire una descrizione panoramica del funzionamento dei processi civile e penale nel nostro ordinamento. Con il secondo volume abbiamo fornito delle indicazioni sul procedimento di informazione del paziente circa il trattamento sanitario e di acquisizione del suo consenso. Con questo terzo volume vogliamo porre l'attenzione sui problemi giuridici che possono insorgere dalla divisione tecnica del lavoro nell'attività sanitaria.*

*È fatto notorio come la medicina e chirurgia dei nostri giorni non possano certo essere praticate da un singolo operatore, e come la gestione del paziente dipenda dalla compartecipazione organizzata di numerosi soggetti, che si susseguono o si affiancano nella cura. Ebbene, la concretizzazione di una rilevante parte dei rischi giuridici connessi all'attività sanitaria dipende proprio da errori nelle procedure di divisione del lavoro. L'operatore che sappia quali sono i suoi doveri e le sue*

*prerogative nella gestione del rapporto con i colleghi, e che sappia – quindi – come orientare la sua condotta nelle criticità in maniera giuridicamente corretta, certamente diminuirà il rischio di vedersi muovere addebiti di responsabilità (o corresponsabilità) in caso di malaugurati eventi infausti.*

*Per motivi di sintesi e di leggibilità non abbiamo potuto fornire le nostre indicazioni di spiegazioni scientifico-giuridiche complete e di citazioni estese. Assicuriamo però che esse sono il frutto di ampia e collegiale meditazione sullo stato dell'arte, cioè sugli studi dottrinali e sulle pronunce giurisprudenziali in proposito. Inoltre, e come sempre nel lavoro di Medicina & Legalità, le soluzioni proposte passano per una approfondita dialettica tra i chirurghi ed i giuristi che insieme in esso lavorano: un modus operandi, questo, che consideriamo la nostra prima e imprescindibile caratteristica.*

*MEDICINA & LEGALITÀ*

## *Indice*

- 1 LA RESPONSABILITÀ DEL PRIMARIO  
PER IL FATTO DEI SANITARI A LUI SUBORDINATI**
- 2 LA RESPONSABILITÀ DEL MEDICO SUBORDINATO  
PER IL FATTO DEL SUPERIORE**
- 3 LA COOPERAZIONE TRA MEDICI PER CONSULTO**
- 4 L'EQUIPE CHIRURGICA**
- 5 IL RAPPORTO TRA MEDICO E INFERMIERE**
- 6 IL RAPPORTO TRA IL MEDICO E LA STRUTTURA  
IN CASO DI EVENTO INFAUSTO**

## LA RESPONSABILITÀ DEL PRIMARIO PER IL FATTO DEI SANITARI A LUI SUBORDINATI

### PREMESSA TERMINOLOGICA.

In seguito al d. lgs. 229/99 la legge non fa più uso della dizione di “primario”: i medici ospedalieri in posizione apicale vengono ora definiti “dirigenti” e distinti in base all’incarico ricoperto. Ciò nonostante, per mera comodità, nel presente lavoro continueremo a usare il termine “primario”.

### QUALI SONO I POTERI E I DOVERI DEL PRIMARIO, E QUALE NE È LA FONTE NORMATIVA?

Il primario, nell’ambito dell’organigramma del reparto ospedaliero, è definito dal d.p.r. 20 dicembre 1979, n. 761, recante le norme sullo «stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali» come «medico appartenente alla posizione apicale». Tale legge, all’art. 63, recante l’iscrizione dei profili professionali alle qualifiche funzionali e le attribuzioni del personale, recita:

«Il medico appartenente alla posizione apicale svolge attività e prestazioni medico-chirurgiche, attività di studio, di didattica e di ricerca, di programmazione e di direzione dell’unità operativa o dipartimentale, servizio multizonale o ufficio complesso affidatogli. A tal fine cura la preparazione dei piani di lavoro e la loro attuazione ed esercita funzioni di indirizzo e di verifica sulle prestazioni di diagnosi e cura, nel rispetto dell’autonomia professionale operativa del personale dell’unità assegnatagli, impartendo all’uopo istruzioni e direttive ed esercitando la verifica inerente all’attuazione di esse.

In particolare, per quanto concerne le attività in ambiente ospedaliero, assegna a sé e agli altri medici i pazienti ricoverati e può avocare casi alla sua diretta responsabilità, fermo restando l’obbligo di collaborare da parte del personale appartenente alle altre posizioni funzionali.

Le modalità di assegnazione in cura dei pazienti debbono rispettare criteri oggettivi di competenza, di equa distribuzione del lavoro, di rotazione nei vari settori di pertinenza.» (art. 63 d.p.r. 20.12.1979, n. 761).

### QUALI CONSEGUENZE POSSONO DERIVARE AL PRIMARIO DAL MANCATO RISPETTO DI TALI NORME?

La normativa di settore assegna al primario una posizione di garanzia, cioè gli fa carico di impedire che nella struttura da lui diretta si verificano eventi dannosi per la salute dei pazienti. Perciò il verificarsi di eventi di tal genere potrebbe comportare a suo carico un addebito di responsabilità anche per atti compiuti da altri.

Il primario potrebbe essere chiamato a rispondere di eventuali comportamenti di operatori a lui subordinati, che abbiano cagionato eventi lesivi della vita o dell'integrità fisica o psichica del paziente, in concorso o cooperazione con essi e a titolo omissivo, cioè per non aver impedito il concretarsi di tali comportamenti che egli avrebbe avuto il dovere giuridico di impedire.

In altre parole, il primario – nei limiti che vedremo – ha il dovere di vigilare sull'operato dei sanitari a lui subordinati per evitare che da azioni da essi compiute possano derivare lesioni alla salute dei pazienti.

### IL PRIMARIO È FORNITO DALLA LEGGE DI SPECIFICI POTERI GIURIDICI PER IMPEDIRE CHE ALTRI COMMITTANO AZIONI DANNOSE PER LA SALUTE DEI PAZIENTI?

Sì. Essi consistono in particolare nella possibilità di fornire indicazioni vincolanti per i collaboratori circa l'indirizzo terapeutico da seguire e gli interventi da eseguire, nella possibilità di ripartire il lavoro secondo criteri che egli ritenga opportuni, nella possibilità di avocare casi al suo diretto intervento ove lo ritenga necessario.

Proprio in relazione a tale insieme di poteri-doveri giuridici impeditivi i suoi comportamenti omissivi, che non hanno impedito il verificarsi di eventi lesivi che egli aveva l'obbligo di impedire, sono equiparati all'azione causale e quindi puniti dalla legge penale.

### QUALI SONO I LIMITI OBIETTIVI DELLA POSIZIONE DI GARANZIA DEL PRIMARIO?

Non sarebbe lecito pretendere che il primario fosse responsabile per qualunque lesione della vita o dell'integrità fisica del paziente ricoverato nel suo reparto.

In virtù del fatto che come posizione giuridica di garanzia del primario deve intendersi il complesso dei poteri-doveri giuridici impeditivi espressamente conferiti al garante da una specifica norma, in un momento antecedente alla situazione di pericolo che attualizza l'obbligo di impedire l'evento, il garante può essere tale solo rispetto a quelle aggressioni del bene protetto che egli ha il potere-dovere giuridico di impedire, restando quindi escluse quelle che sfuggono al suo controllo, che travalicano i suoi poteri giuridici impeditivi.

I poteri giuridici impeditivi di azioni dannose per il paziente da parte dei subordinati di cui dispone il primario sono poteri di organizzazione e gestione della struttura, di organizzazione e divisione del lavoro, di indirizzo e controllo delle attività sanitarie, di didattica e studio etc. Il primario dovrà essere chiamato a rispondere solo se l'evento lesivo sarebbe stato impedito dal corretto svolgimento degli stessi. Di qualsiasi altra attività che abbia cagionato un danno, ma che non rientri nella sfera di controllo circoscritta dai predetti poteri-doveri, il primario non potrà essere ritenuto responsabile. Volendo esemplificare, tanto egli sarà responsabile per un errore di diagnosi da chiunque commesso, stante il suo dovere di indirizzo e controllo dell'attività diagnostica, quanto dovrà andare esente da rimproveri se un medico subordinato cagionerà un danno errando nella esecuzione

di un trattamento legittimamente delegatogli, essendo il dovere del primario limitato al corretto esercizio dell'attività di assegnazione dei compiti.

### QUALI SONO LE CONDOTTE COLPOSE CHE PUÒ COMMITTERE IL PRIMARIO?

Perché si possa imputare un evento ad un soggetto a titolo omissivo non è sufficiente accertare che questi abbia mancato di compiere l'azione idonea ad impedire la realizzazione dell'evento stesso, né è sufficiente rilevare che egli aveva l'obbligo giuridico di compiere tale azione in virtù di una posizione di garanzia ricoperta: è anche necessario che a costui possa essere mosso un rimprovero di colpa, che può essere per *culpa in eligendo* o per *culpa in vigilando*.

### IN COSA CONSISTE LA CULPA IN ELIGENDO?

La legge assegna al primario il compito della divisione del lavoro all'interno del reparto ospedaliero, cioè gli fa carico di affidare ai collaboratori suoi subordinati i compiti e le mansioni che essi dovranno svolgere sotto la sua supervisione. La *culpa in eligendo* consiste nella cattiva scelta del preposto.

### IN BASE A QUALI CRITERI IL PRIMARIO DEVE OPERARE TALE RIPARTIZIONE DI LAVORO?

Il primario dovrà innanzitutto selezionare ed assegnare ai propri collaboratori gerarchicamente subordinati compiti che ritenga di poter loro delegare. Inoltre dovrà scegliere tra i suoi collaboratori quelli che ritenga in grado di svolgere tali compiti adeguatamente. Se

dal comportamento del delegato dovesse derivare un evento lesivo della salute del paziente, al superiore potrà essere mosso un addebito di colpa per aver errato nella scelta della persona affidataria dell'incarico.

La legge non detta alcuna norma circa i criteri in base ai quali il primario deve scegliere i propri preposti, ma la dottrina e la giurisprudenza sono da tempo concordi nel dettare alcune indicazioni.

Il primario non può, nello scegliere il collaboratore al quale affidare un determinato incarico, basarsi esclusivamente sulla qualifica giuridico-funzionale dallo stesso posseduta. Non è sufficiente, cioè, che il sanitario svolga la funzione di "dirigente medico" all'interno del reparto perché si possa presumere che costui sia in possesso della perizia necessaria per eseguire il compito che gli si vorrebbe delegare. E ciò, anche se il conseguimento del titolo abilitativo allo svolgimento di determinate mansioni è consequenziale al superamento di esami e concorsi, approntati o comunque riconosciuti dallo Stato, che dovrebbero accertare e attestare la preparazione tecnica del soggetto. Il primario ha l'obbligo – se non vuole vedersi ascrivere un addebito di corresponsabilità – di accertarsi di persona delle effettive capacità di ogni suo collaboratore.

### IN COSA CONSISTE LA CULPA IN VIGILANDO?

La *culpa in vigilando* del primario attiene ai compiti di verifica che la legge gli assegna sulla corretta prestazione – nel reparto da lui diretto – dei servizi di diagnosi e cura, e di verifica del rispetto, da parte dei suoi collaboratori, delle direttive da lui impartite. Egli è colpevole se omette di esercitare tali verifiche, o meglio, quelle verifiche (doverose) che sarebbero risultate idonee a impedire il verificarsi di eventi dannosi per i pazienti.

Possiamo distinguere la *culpa in vigilando* nell'attività diagnostica e la *culpa in vigilando* nell'attività terapeutica e di esecuzione degli interventi.

### COME SI ATTEGGIA LA *CULPA IN VIGILANDO* NELL'ATTIVITÀ DIAGNOSTICA?

Il primario esercita funzioni di indirizzo e di verifica sulle prestazioni di diagnosi e cura, impartendo all'uopo istruzioni e direttive ed esercitando la verifica inerente alla loro attuazione. Tale attività deve svolgersi in ogni suo momento e per ogni paziente ospedalizzato sotto il suo diretto controllo. Ciò significa che, anche nel caso in cui egli decida di non esaminare in prima persona la condizione clinica del paziente, ma demandi tale incombenza ad un suo subordinato, egli dovrà comunque informarsi dei risultati dell'indagine, controllare l'esattezza della diagnosi formulata da altri e fornire l'indirizzo circa la terapia da seguire. Da ciò deriva che, in caso di errore di diagnosi e, conseguentemente, di terapia, da chiunque commesso, da cui sia derivato un evento lesivo della vita o dell'integrità fisica o psichica di un paziente, il primario potrà essere chiamato a risponderne, ovviamente a titolo commissivo se egli stesso è stato autore della diagnosi errata, ovvero a titolo omisivo e in cooperazione in caso di diagnosi da altri formulata della cui bontà egli stesso avrebbe dovuto sincerarsi.

### COME SI ATTEGGIA LA *CULPA IN VIGILANDO* NELL'ATTIVITÀ TERAPEUTICA E DI ESECUZIONE DEGLI INTERVENTI?

Riguardo all'attività terapeutica e di esecuzione degli interventi (farmacologici, medici, chirurgici) la funzione di sorveglianza del primario sull'operato dei suoi collaboratori deve svolgersi in due momenti diversi, a cui corrispondono differenti modalità: nel momento

stesso dell'attuazione del trattamento medico, ove la situazione lo richieda, ma anche (e soprattutto) in un momento precedente.

Il primario dovrà controllare direttamente l'esecuzione di interventi che, per la loro particolare difficoltà o complessità, necessitino della sua supervisione. Se però la funzione di verifica sulla bontà del lavoro del reparto ad opera del primario si esaurisse in questo, cioè in un controllo contestuale all'esecuzione dell'intervento, essa si rivelerebbe del tutto inidonea a raggiungere lo scopo per il quale è posta. Il primario non può, ovviamente, essere ubiquamente presente nel momento dell'esecuzione di tutti gli interventi, neppure soltanto di quelli che ritenga particolarmente delicati. Perché la suddetta opera di controllo risulti efficace è necessario che si realizzi, per la maggior parte, in un momento precedente all'esecuzione degli interventi: deve cioè realizzarsi in funzione preventiva. Dovere del primario sarà, allora, non solo quello di impedire direttamente che si verifichino eventi lesivi, ma soprattutto quello di predisporre adeguate misure di sicurezza, in funzione appunto preventiva, che possano scongiurare o, quantomeno, ridurre al minimo i rischi di eventi lesivi cagionati da errori.

Questo dovere si concretizza nell'attività di organizzazione e strutturazione del reparto.

Inoltre, il d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 ha ulteriormente accresciuto i compiti direttivi amministrativi del medico in posizione apicale, attribuendogli responsabilità anche in merito alla gestione delle risorse della struttura. L'art. 15 della suddetta legge, recante la «disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie», al 6° co. infatti recita:

«Ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa sono attribuite, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi, nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa,

e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella struttura loro affidata. Il dirigente è responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite».

(art. 15, 6° co., d. lgs. 19.6.1999, n. 229).

Egli dovrà quindi predisporre procedure standardizzate prescrittive le modalità di esecuzione degli interventi (o indicare l'utilizzo di protocolli standardizzati a livello internazionale), predisporre le modalità di controllo sulle attività particolarmente pericolose, le modalità di annotazione delle informazioni riguardanti i pazienti, le modalità di accesso a tali informazioni e quindi di comunicazione tra gli operatori, le attività di controllo dell'adeguatezza e dell'efficienza dei macchinari e delle apparecchiature.

## COME SI ATTEGGIA IL RAPPORTO TRA IL MEDICO IN POSIZIONE APICALE E IL MEDICO SPECIALIZZANDO?

La normativa di settore definisce i doveri del medico specializzando e il suo inquadramento gerarchico. Innanzitutto, è richiesto esplicitamente un impegno almeno pari a quello previsto per il personale medico del servizio sanitario nazionale a tempo pieno. Ne consegue che il rapporto del medico specializzando nella gerarchia di un reparto universitario-ospedaliero si situa in un livello non dissimile dal rapporto che intercorre tra il primario ed il dirigente di primo livello, anche se con delle ovvie limitazioni. Si creerebbe quindi, implicitamente, un terzo livello di figura professionale, che non è dirigenziale ma è pur sempre esistente sul piano medico.

La legge prescrive che la formazione del medico specializzando implichi la sua partecipazione alla totalità delle attività mediche e la graduale assunzione dei compiti assistenziali, ma prescrive pure che l'assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi debba avvenire con autonomia vincolata alle direttive ricevute dal medico responsabile della formazione.

La giurisprudenza, nei rari casi di contenzioso penale con coinvolgimento di medici specializzandi, configura un'ipotesi di responsabilità propria dello specializzando in caso di condotta (che abbia cagionato eventi lesivi) contraria alle direttive ricevute.

Dal punto di vista del medico in posizione apicale responsabile della formazione degli specializzandi, è evidente come egli debba temperare l'esigenza di tutela del paziente con quella di assicurare una formazione teorica e pratica ai giovani medici.

Non sembra esservi nella legislazione italiana un impedimento assoluto allo svolgimento di interventi o di parte di essi da parte di un medico specializzando, purché in ottemperanza alle direttive con l'aiuto e sotto la costante vigilanza di un medico strutturato.

Dal punto di vista assicurativo i protocolli di intesa tra Università e Regione che hanno portato alla formazione delle aziende miste, ospedaliere e universitarie, obbligano l'azienda ospedaliera alla stipula di un contratto assicurativo di responsabilità civile e professionale anche per i medici specializzandi. Questa assicurazione viene anche estesa alle aziende ospedaliere con le quali il reparto di riferimento per la formazione istituisca un rapporto di convenzione, per permettere la rotazione a fini didattici dei medici specializzandi. Ne consegue che se vi è contratto di assicurazione, vi è anche ruolo e responsabilità. Gli standard di accreditamento internazionali, come quello della Joint Commission International, prevedono ruolo e responsabilità degli specializzandi nell'ambito di strutture ospedaliere universitarie. Questi standard prevedono peraltro una verifica da parte del primario delle capacità dei singoli, strutturati o no, a svolgere le mansioni affidate, in particolare per gli strutturati neoassunti.

In conclusione si può affermare che la normativa attuale inquadra il rapporto gerarchico dello specializzando in maniera analoga a quello tra primario e medico subordinato, con le limitazioni imposte dalla verifica della crescita professionale e dell'autonomia vincolata a tale crescita.

## LA RESPONSABILITÀ DEL MEDICO SUBORDINATO PER IL FATTO DEL SUPERIORE

### QUANDO IL MEDICO SUBORDINATO PUÒ ESSERE CHIAMATO A RISPONDERE DI UN ATTO ERRATO DEL SUPERIORE GERARCHICO?

In due casi: quello in cui l'evento lesivo della salute del paziente sia cagionato dal solo intervento del subordinato che abbia agito seguendo le direttive o obbedendo agli ordini errati impartitigli dal superiore, e quello in cui l'evento lesivo sia cagionato da un intervento errato praticato dal superiore, alla cui esecuzione il subordinato abbia collaborato.

### QUALE RILEVANZA HA L'AZIONE DEL SUBORDINATO CHE OTTEMPERA ALLE DIRETTIVE O ALL'ORDINE DEL SUPERIORE E IN CHE MISURA QUESTE DIRETTIVE SONO VINCOLANTI? QUANTO L'ORDINE DEL SUPERIORE GERARCHICO È SINDACABILE E QUANDO IL SUBORDINATO HA IL DOVERE DI MANIFESTARE IL PROPRIO DISSENSO?

Spettano al primario le scelte circa gli indirizzi diagnostici e terapeutici concernenti i pazienti ospedalizzati. I rapporti tra medici dello stesso reparto sono organizzati su base gerarchica e il primario può indirizzare il lavoro delegando determinate attività. Il punto nodale della questione è costituito da quanto vincolanti siano, per i subordinati, le scelte operate dal primario.

Nonostante il rapporto tra medici operanti nella stessa struttura sia di diritto pubblico, l'ordine del superiore gerarchico non è assolutamente vincolante per il subordinato e anzi il subordinato che riceva un ordine errato ha il dovere di manifestare al superiore il suo dissenso.

## IL SUBORDINATO DEVE COMUNQUE COLLABORARE ANCHE QUANDO ESPRIME UNA MANIFESTAZIONE DI DISSENSO?

Nel caso in cui il superiore gerarchico non modifichi le proprie convinzioni a seguito delle osservazioni del subordinato e confermi allo stesso l'ordine di eseguire, o di collaborare all'esecuzione, di un intervento sanitario potenzialmente e ingiustamente pericoloso, il subordinato dovrà astenersi dall'esecuzione dell'intervento.

Viceversa, il subordinato avrà l'obbligo di collaborare comunque con il superiore nel caso in cui costui eserciti il potere di avocazione a sé del caso conferitogli dalla legge.

## IN CHE COSA CONSISTE IL POTERE DI AVOCAZIONE DEL PRIMARIO?

La legge attribuisce al medico in posizione apicale il potere di avocare casi alla propria diretta responsabilità. Il primario potrà utilizzare tale strumento per ottenere la collaborazione del subordinato che abbia manifestato dissenso circa un ordine impartitogli. Ove il primario eserciti il potere di avocazione, infatti, il subordinato non potrà rifiutarsi di collaborare anche ad un intervento che non ritenga corretto. Degli eventi infausti cagionati da tale intervento risponderà, in virtù dell'avocazione, il solo primario purché il dissenso sia stato chiaramente percepito dal primario stesso e manifestato per scritto dal subordinato nella documentazione clinica del paziente.

L'obbligo di collaborazione del subordinato dissenziente, derivante dall'esercizio da parte del primario del potere di avocazione, viene meno a fronte di ordini del superiore così palesemente errati da contrastare con i più elementari principi dell'arte medica. In casi siffatti, ovviamente, il subordinato dovrà astenersi del tutto dal collaborare: in caso contrario, non potrà invocare a propria discolpa l'avocazione operata dal primario.

## IN CHE COSA CONSISTE LA COLPA DEL SUBORDINATO "PER ASSUNZIONE"?

Il subordinato al quale venga impartito l'ordine di eseguire un intervento che non è in grado di eseguire o per il quale non è competente in diritto ha l'obbligo, per non cadere in responsabilità, di rifiutare l'adempimento. Egli non deve adempiere anche nel caso in cui gli venga ordinato di eseguire un intervento pur in assenza degli strumenti cautelari posti per prevenire eventi lesivi. Qualora il subordinato esegua l'ordine e si verifichi un evento lesivo per la salute del paziente, costui incorrerà nella colpa cosiddetta "per assunzione", e il superiore delegante incorrerà nella colpa in *eligendo*.

## QUANDO IL SUBORDINATO HA IL DOVERE DI ATTIVARSI PER EVITARE CHE IL SUPERIORE COMMITTA UN ERRORE?

Il subordinato che sia messo in grado, dalla conoscenza di elementi ulteriori sconosciuti al superiore, di percepire l'errore dello stesso, ha il dovere di attivarsi affinché quest'ultimo ne prenda coscienza e vi ponga rimedio. Inoltre, il subordinato che collabori con il superiore all'esecuzione di un intervento e percepisca che quest'ultimo sta commettendo un errore, ha l'obbligo di intervenire per scongiurare eventuali eventi lesivi che da tale errore potrebbero derivare.

## FINO A CHE PUNTO IL SUBORDINATO È TENUTO A PERCEPIRE L'ERRORE DEL SUPERIORE?

Il subordinato ha il dovere di accorgersi di quegli errori del superiore di cui si sarebbe accorto "l'agente modello" della sua categoria.

Il giudice, chiamato a pronunciarsi su di una fattispecie del tipo che stiamo analizzando,

dovrà innanzitutto capire quale grado di perizia sia necessario per percepire l'erroneità della scelta, quindi dovrà stabilire se tale grado potesse essere preteso dal medico in questione. Conseguentemente da un medico specializzando, ancora in fase di apprendistato, si potrà pretendere che si accorga solo di errori che violano le cognizioni più elementari ed ormai univocamente acquisite dell'*ars medica*, costitutive del patrimonio tecnico di ogni medico, pure se minimamente qualificato. Da un medico già specializzato ed esperto si potrà senz'altro pretendere che metta a frutto le conoscenze acquisite o comunque possedute dal suo "agente modello", e che quindi si renda conto anche di errori meno evidenti.

## COSA SI INTENDE PER PROTOCOLLI, PROCEDURE E LINEE-GUIDA?

La particolare enfasi posta negli ultimi tempi sull'efficacia e sull'efficienza degli interventi in campo medico trova i suoi presupposti nell'importanza assegnata alla qualità dell'assistenza sanitaria e, contemporaneamente, nella consapevolezza che le risorse sono limitate e come tali vanno ottimizzate.

La necessità di documentare il proprio operato ai fini di poter accedere all'accreditamento o ad altri **protocolli** di verifica della qualità (es. ISO 9001), nonché l'impulso speculativo ed operativo dato dalla cosiddetta *evidence-based medicine*, che dà ampio risalto ai dati basati su una congrua evidenza scientifica, hanno determinato la proliferazione di protocolli, procedure e linee-guida all'interno delle unità operative e dei dipartimenti sanitari.

Per protocollo si intende uno strumento informativo che definisce un modello formalizzato di comportamento professionale attraverso la descrizione di una successione di interventi volti a raggiungere un determinato obiettivo.

**Le procedure** sono strumenti di integrazione utili in situazioni complesse: esse descrivono sequenze dettagliate e logiche di atti al fine di uniformarli e garantire così la qualità degli effetti.

Infine, le **linee-guida** consistono in raccomandazioni di comportamento clinico in grado di assistere ed orientare il personale sanitario nella scelta delle modalità di intervento e di assistenza più appropriati in specifiche circostanze cliniche. Esse sono in genere il risultato di una revisione sistematica e di una sintesi critica delle informazioni scientifiche disponibili, al fine di orientare la pratica clinica quotidiana.

In generale protocolli, procedure e linee-guida sono concordati e sottoscritti dal medico in posizione apicale dell'unità operativa cui si riferiscono e dalla direzione sanitaria del presidio ospedaliero di appartenenza.

## SONO SEMPRE VINCOLANTI PER IL MEDICO SUBORDINATO I PROTOCOLLI, LE PROCEDURE E LE LINEE-GUIDA?

Fatte salve le eventuali indicazioni di contenute in leggi o regolamenti, che devono essere scrupolosamente applicate, le indicazioni cliniche contenute in protocolli, procedure e linee-guida non hanno un valore assolutamente vincolante per il medico: rispetto ad esse, cioè, il medico subordinato può far valere quell'autonomia professionale che la legge gli riconosce e può quindi dissentire. Inoltre ove tali indicazioni siano errate, egli ha l'obbligo di dissentire.

Solo questa posizione garantisce fra l'altro la possibilità di impiegare prontamente le nuove conoscenze che si sviluppano rapidamente in campo scientifico, ben prima che queste siano sottoposte al vaglio che precede la loro inclusione in protocolli, procedure e linee-guida.

Pertanto, in caso di dissenso è possibile ipotizzare che la responsabilità per eventi lesivi derivati dall'intervento praticato potrà, a seconda di quale sarà la condotta colposa:

- a) ricadere esclusivamente sul subordinato, se questi abbia deciso autonomamente di discostarsi dalle linee-guida stabilite senza consultare il primario e abbia errato;

- b) coinvolgere anche il primario, se i motivi del dissenso siano stati adeguatamente discussi tra primario e subordinato, con il risultato di concordare nuovi interventi diagnostici e/o terapeutici rivelatisi errati;
- c) riguardare solo il primario, se questi abbia deciso di avocare a sé il caso in questione, a fronte del dissenso espresso dal subordinato e nel caso in cui fossero errate le linee-guida.

### COME SI RIPARTISCE LA RESPONSABILITÀ PER L'AZIONE SVOLTA IN OTTEMPERANZA A PROTOCOLLI, PROCEDURE E LINEE-GUIDA?

Le linee-guida stabilite dal primario per la gestione del reparto potrebbero essere fonte di responsabilità, per lo stesso qualora si rivelassero colposamente errate. Esse sono espressione di quell'attività di vigilanza preventiva che costituisce uno dei doveri del medico in posizione apicale.

Di conseguenza, se un subordinato eseguirà un intervento seguendo alla lettera le linee-guida del primario, e tale intervento si rivelerà colposamente errato, il primario dovrà rispondere dell'evento lesivo.

Per quanto riguarda il subordinato, partendo dal presupposto che tali linee-guida non sono vincolanti, la sua eventuale corresponsabilità dipenderà da due fattori: dalla misura in cui le linee-guida si discostano dalla correttezza e dal grado di perizia che può essere pretesa dal subordinato esecutore dell'intervento.

Se, cioè, le indicazioni del primario violano le più elementari conoscenze della medicina, qualsiasi medico dovrà rendersi conto della loro erroneità e perciò disapplicarle. Se invece per percepirne l'erroneità fosse necessario un grado di perizia superiore e non acquisibile tramite conoscenze mediche di base, il subordinato potrà essere rimproverato per averle applicate solo se il suo "agente modello" si sarebbe accorto della loro erroneità.

### COME SI RIPARTISCE LA RESPONSABILITÀ PER EVENTI INFAUSTI TRA PIÙ MEDICI DI UGUALE COMPETENZA E UGUALE QUALIFICA FUNZIONALE CHE INTERVENGANO NELLA CURA DI UN MEDESIMO PAZIENTE?

La responsabilità è affidata contemporaneamente a tutti i medici che si alternano e collaborano nella cura di un medesimo paziente.

In linea generale, ognuno dei sanitari intervenuti è titolare di una propria e autonoma posizione di garanzia sul paziente ricoverato.

Ogni medico è portatore di una propria autonomia decisionale da cui dipende l'obbligo di adottare tutti i presidi utili per fronteggiare la situazione, qualora si dovesse avvedere dell'inadeguatezza della scelta terapeutica decisa da altri.

Al fine comunque di evitare un'eccessiva frammentazione è in ogni caso necessario che il singolo medico contribuisca al coordinamento di tutte le azioni svolte sul paziente nel reparto.

### QUANDO PIÙ MEDICI DELLO STESSO REPARTO INTERVENGONO NELLA CURA DEL MEDESIMO PAZIENTE, SU CHI GRAVA LA TENUTA DELLA CARTELLA CLINICA?

Ciascun medico è tenuto alla compilazione accurata della cartella clinica e non deve delegare la responsabilità agli altri colleghi e/o al collega al quale per primo sia stato affidato quel paziente.

Occorre sempre ricordare che è dalla cartella clinica (che ha natura di atto pubblico) che è possibile ricostruire l'attività sanitaria, il decorso della malattia, i riscontri diagnostici e le terapie effettuate.

## ALLA FINE DEL PROPRIO TURNO, IL MEDICO SMONTANTE È ESONERATO DA OGNI RESPONSABILITÀ?

Laddove sia presente la cooperazione fra più medici, è doverosa la comunicazione di notizie in occasione del passaggio delle consegne a chi subentra, in modo da evidenziare a quest'ultimo eventuali particolari necessità.

Ogni sanitario ha il dovere di adoperarsi affinché la sua azione si coordini con quella degli altri operatori che intervengono dopo di lui nella cura dello stesso paziente.

## QUAL È LA RESPONSABILITÀ DEL MEDICO DI FIDUCIA NEI CONFRONTI DEL PAZIENTE RICOVERATO NELLA STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA OVE LO STESSO LAVORA?

In virtù del rapporto fiduciario di natura privatistica fra medico di fiducia e paziente, benché non possano essere imputate al primo le carenze della struttura pubblica ove lo stesso lavora e/o le condotte colpose degli altri operatori, egli ha l'obbligo di informare il paziente dell'eventuale inadeguatezza della struttura ove lo stesso è ricoverato (tanto più se la scelta è avvenuta proprio perché lo stesso è ivi inserito).

## IL MEDICO IN DIFFICOLTÀ NELLA CURA DI UN PAZIENTE HA L'OBBLIGO DI CHIEDERE AIUTO AD UN COLLEGA?

Il medico che non sia in grado di effettuare una diagnosi o di praticare un intervento, o che abbia delle incertezze e dei dubbi in proposito, ha l'obbligo di chiedere ausilio ad un collega che egli stimi più perito per diversa specializzazione o per maggiore

qualificazione e/o esperienza. Il dovere di diligenza e prudenza impone – quindi – al medico in difficoltà di richiedere la collaborazione di un collega più esperto.

## COME VIENE RIPARTITA LA RESPONSABILITÀ FRA IL MEDICO CHIAMATO A CONSULTO E IL PRIMO AFFIDATARIO DEL PAZIENTE?

La chiamata a consulto di altro medico della stessa specializzazione ma di maggiore esperienza non comporta la completa assunzione di ogni responsabilità di valutazione e decisione da parte del sanitario chiamato a consulto: la responsabilità rimane congiunta. Il medico chiamato a consulto assume sì la responsabilità del caso, ma non sostituisce il collega affidatario primo del paziente, bensì lo affianca. Quest'ultimo – pertanto – se deciderà di conformare la sua condotta all'opinione del collega, sarà anch'egli responsabile di eventi infausti che da ciò dovessero derivare al paziente.

La responsabilità – quindi – ricadrà su entrambi i medici nella situazione in cui essi, effettuato il consulto, stabiliscano di comune accordo l'indirizzo diagnostico o terapeutico da seguire.

## IN CASO DI DISACCORDO TRA IL MEDICO PRIMO AFFIDATARIO DEL PAZIENTE E IL MEDICO CHIAMATO A CONSULTO, QUALE OPINIONE DOVRÀ PREVALERE?

In caso di disaccordo – fermo restando che lo stesso va provato, e pertanto è opportuno annotarlo anche in cartella – la valutazione circa l'opinione che debba prevalere e

dunque la scelta sul trattamento da praticarsi è diversa a seconda del tipo di rapporto intercorrente fra i medici coinvolti.

In un rapporto di subordinazione gerarchica, se il medico che chiede ausilio dissente dall'opinione espressa dal medico sovraordinato chiamato a consulto, per risultare esente da ogni responsabilità dovrà astenersi dal seguire l'indicazione ricevuta che egli ritiene errata, deve altresì invitare il suo superiore a esercitare il potere di avocazione che gli è riconosciuto dalla legge e ad assumersi dunque la responsabilità del caso. Analogamente il superiore ha il dovere di imporre le proprie scelte qualora non condivide quelle del suo subordinato; qualora lo lascerà fare, non impedendo il concretarsi di comportamenti colposi, parteciperà a titolo omissivo alla responsabilità da essi derivante in virtù della sua posizione di garanzia.

Se non vi è alcun rapporto di subordinazione gerarchica, il medico che chiede ausilio non ha alcun obbligo di uniformarsi al parere espresso dal collega chiamato a consulto. La responsabilità rimane in carico al primo affidatario anche qualora decida di dare attuazione alle scelte del secondo, indipendentemente dal fatto che le condivide o meno. Se tali scelte si riveleranno errate, di esse dovrà rispondere anche il medico che avrà dato il consulto.

### COME VERRÀ RIPARTITA LA RESPONSABILITÀ NEL CASO IN CUI IL MEDICO DI GUARDIA CHIAMI A CONSULTO UN MEDICO SPECIALISTA IN DIVERSA DISCIPLINA?

Sia nel caso in cui il ruolo di medico di guardia sia rivestito da un medico "generico", sia in quello in cui sia rivestito da un medico specialista in diversa disciplina, è chiaro che la mancanza delle conoscenze necessarie al trattamento del caso non può mai essere

valutata come scarsa preparazione. In tal senso va da sé che deve essere esclusa qualsiasi forma di responsabilità per imperizia colpevole: infatti l'eventuale evento lesivo non è infatti da questi in alcun modo prevedibile, essendo per il medico limitata la possibilità di comprendere e valutare il caso.

In tali situazioni il dovere del medico affidatario è esclusivamente quello di richiedere tempestivamente l'intervento di colleghi qualificati sui quali si trasferirà necessariamente la responsabilità delle cure del malato.

Contrariamente potrà riconoscersi la responsabilità del medico richiedente il consulto, qualora l'evento fosse prevedibile tramite le più elementari conoscenze dell'arte medica.

### COME SI ATTEGGIA LA RESPONSABILITÀ DEL MEDICO REPERIBILE?

Il medico reperibile ha l'obbligo di recarsi in ospedale in seguito alla chiamata in servizio. In caso si rifiuti risponde del reato di omissione di atti di ufficio previsto e punito dall'art. 328 del codice penale. Di fronte ad una concreta situazione di urgenza – resa oggettiva dai fatti posti all'attenzione del soggetto obbligato – che impone l'intervento, l'inerzia omissiva di quest'ultimo assume estrinsecamente valenza di rifiuto e integra la condotta punita dalla suddetta norma di legge.

Il medico reperibile non solo deve intervenire, ma una volta intervenuto ha l'obbligo di monitorare il paziente da lui visitato per primo fino all'arrivo di un'adeguata figura di riferimento nel reparto. L'attività di indirizzo e coordinamento spetta a lui. Non è sufficiente intervenire, visitare d'urgenza il paziente e lasciarlo poi alle cure del reparto: è necessario controllare l'evoluzione della malattia fino al passaggio delle consegne ad altro medico.

## COME SI RIPARTISCE LA RESPONSABILITÀ NEL CASO DI TRASFERIMENTO DI UN PAZIENTE DA UN REPARTO AD UN ALTRO?

Il trasferimento di un paziente da un reparto all'altro comporta anche il passaggio dell'obbligo di garanzia per la vita e la salute di quel paziente dal primario del reparto di provenienza al primario di quello di accoglienza. Quest'ultimo poi potrà avocare a sé il paziente oppure affidarlo alla cura di uno dei suoi subordinati, fermo restando il suo obbligo di indirizzare e verificare l'attività diagnostica e terapeutica.

Nel caso di trasferimento vi è l'obbligo, per i sanitari coinvolti, di comunicarsi tutte le informazioni rilevanti relative al caso. Per la funzione della struttura ospedaliera è da escludere che ciascun reparto sia un'entità a sé stante. La comunicazione dei dati è indispensabile ai fini di una visione completa del quadro patologico da prendere in considerazione. Importante a tal fine è, come sempre, la redazione della cartella clinica in modo dettagliato.

## COME SI RIPARTISCE, IN LINEA GENERALE, LA RESPONSABILITÀ NEL RAPPORTO FRA IL MEDICO AFFIDATARIO E IL MEDICO SPECIALISTA IN DIVERSA DISCIPLINA?

Esaminando il caso in cui il medico che ha in cura il paziente debba chiamare un medico di altra specialità per un consulto ovvero per indagini diagnostiche, va osservato che il medico affidatario mantiene la responsabilità circa la gestione del paziente e spetta a lui vigilare sull'evoluzione del caso. Pertanto la responsabilità del medico specialista chiamato si affianca a quella del primo.

Invece per quelle attività sanitarie, che prevedano l'impiego di competenze specialistiche, il medico specialista in materia diversa da quella occorrente, il quale richieda la collaborazione del collega competente, non potrà essere chiamato a rispondere di eventuali errori colposi da quest'ultimo perpetrati, proprio perché legittimamente non dotato delle conoscenze necessarie. Ciò con il limite dell'errore macroscopico dello specialista, rilevabile tramite le più elementari conoscenze dell'arte medica, oppure in caso di acquisizione, da parte del primo medico, di nuovi elementi nel decorso della patologia, tali da inficiare la correttezza delle indicazioni fornite dallo specialista.

## L'EQUIPE CHIRURGICA

### DA QUALI E QUANTI PROFESSIONISTI È COMPOSTA UN'EQUIPE CHIRURGICA?

L'intervento chirurgico è il risultato di un lavoro multidisciplinare sia nella fase di preparazione che nell'atto vero è proprio.

La legge prevede uno standard minimo di professionisti per attivare una sala operatoria: due chirurghi, un anestesista, un infermiere.

In realtà, a seconda del tipo di intervento, può essere necessario un numero maggiore di figure professionali e/o il coinvolgimento di specialisti di discipline diverse.

Solo interventi chirurgici di ridotta complessità, in ambito ambulatoriale o per particolari specializzazioni (es. oftalmologia), possono essere svolti da un solo operatore.

### COME SI DIVERSIFICA LA RESPONSABILITÀ NELL'EQUIPE CHIRURGICA?

E' necessario distinguere il tipo di rapporto che lega i componenti dell'equipe:

VERTICALE: è la gerarchia fra capo-equipe e collaboratori a lui sottoposti;

ORIZZONTALE: è il rapporto tra sanitari di diverse specializzazioni non legati gerarchicamente tra di loro.

### CHI È IL CAPO-EQUIPE? IL DIRETTORE DI UNITÀ OPERATIVA O IL RESPONSABILE DELEGATO PER QUELLA SEDUTA OPERATORIA O PER QUELL'INTERVENTO?

Il direttore, nell'ambito dei suoi doveri organizzativi e gestionali, può delegare ai suoi collaboratori il compito di effettuare interventi chirurgici da lui ritenuti adeguati alla loro

capacità e alla loro preparazione. Il dirigente medico, così individuato, assume il ruolo formale di capo-equipe.

Il capo dell'equipe chirurgica è il medico che ha il dovere di controllo sull'operato dei collaboratori ai quali può affidare l'esecuzione diretta di un atto chirurgico o di una parte di esso. Il capo-equipe non riveste una posizione apicale, potendo tra l'altro fare sempre riferimento sul direttore, se presente, o sul vice-direttore da esso delegato, ma ha un effettivo dovere di vigilanza sull'operato dei collaboratori non solo nella fase prettamente chirurgica ma sull'andamento dell'intera operazione (conteggio finale delle garze, modalità di sintesi parietale, gestione dei drenaggi, stesura del verbale di intervento, richiesta di esame istologico, etc.).

La giurisprudenza non è univoca nell'attribuire al capo-equipe la responsabilità dell'operato dei collaboratori quando essi siano di diversa specialità e con ruolo giuridico sovrapponibile.

### IN UN'EQUIPE CHIRURGICA IL SINGOLO SPECIALISTA È RESPONSABILE SOLO DEL PROPRIO OPERATO O COMPARTECIPA ALLA RESPONSABILITÀ DI ALTRI MEMBRI DELL'EQUIPE?

Non può attribuirsi a uno specialista la responsabilità per una condotta su cui egli non può vigilare, essendo impegnato a svolgere le proprie mansioni, sue proprie, e che inoltre esula completamente dalla sua competenza.

Poiché il binomio chirurgo-anestesista costituisce la base minima di una equipe chirurgica, verrà usato come paradigmatico delle numerose situazioni possibili di confronto di responsabilità tra specialisti di differenti discipline.

Dal 1954 con l'istituzione negli ospedali dei servizi di anestesia, è stata riconosciuta l'autonomia e l'indipendenza dell'anestesista con delle competenze precise: esprimere il proprio motivato parere sulle condizioni del malato in relazione all'anestesia per l'intervento programmato; praticare sotto la propria responsabilità l'anestesia e controllarne l'andamento; controllare il decorso postoperatorio immediato.

Anche la giurisprudenza, seppur con qualche residua incertezza, sembra aver recepito la separazione degli ambiti di responsabilità del chirurgo e dell'anestesista.

Es.: garza lasciata in addome: responsabilità del chirurgo (l'anestesista è impegnato a svolgere mansioni sue proprie).

Es.: trasfusione di sangue non compatibile: responsabilità dell'anestesista (compito specifico).

Si può quindi affermare che al capo dell'equipe chirurgica e all'anestesista non debbano essere accollati rischi specifici che vanno oltre le loro funzioni e le conoscenze che derivano dalla loro specializzazione: per restare nell'ambito di situazioni pratiche e frequenti, spetta all'anestesista l'obbligo di controllare il buon funzionamento delle apparecchiature anestesiológicas, e al chirurgo quello di verificare l'idoneità e la disponibilità della strumentazione e dei dispositivi ritenuti necessari per ogni procedura. Ancora, all'anestesista compete la gestione del posizionamento del paziente sul tavolo operatorio e la prevenzione delle conseguenze sfavorevoli o pericolose che da tale manovra possano derivare, ma al chirurgo viene attribuito il compito della scelta precisa della posizione più opportuna.

Nel caso di specialisti diversi dall'anestesista, di volta in volta chiamati e incaricati a svolgere una parte dell'atto complessivo chirurgico, deve risultare in cartella o nella descrizione dell'atto operatorio la formale motivazione della chiamata, la delega per la specifica responsabilità e la conseguente descrizione dell'atto compiuto.

## QUAL È LA RELAZIONE DECISIONALE TRA CHIRURGO E ANESTESISTA NELLA PROGRAMMAZIONE DI UN INTERVENTO CHIRURGICO?

L'anestesista deve esprimere una valutazione motivata delle condizioni cliniche del paziente in relazione al trattamento anestesilogico, non in senso assoluto ma in relazione a un preciso intervento programmato.

Il chirurgo decide per l'intervento tenendo conto di tale valutazione e correlandola al proprio giudizio circa la necessità dell'intervento stesso.

Si possono presentare due fondamentali situazioni:

- intervento *quoad vitam*: l'atto operatorio è indispensabile per salvare la vita del paziente;
- intervento *quoad valetudinem*: l'intervento è d'elezione, volto quindi a migliorare lo stato di salute del paziente ma non indispensabile.

## A CHI SPETTA LA DECISIONE IN CASO DI INTERVENTO QUOAD VITAM?

Se l'intervento chirurgico costituisce l'unica possibilità terapeutica atta a salvare la vita del paziente, non è configurabile alcuna alternativa. Anche se l'anestesista esprimesse parere negativo, il chirurgo potrebbe intervenire se lo ritenesse indicato: non sarebbe accusato se, in caso di morte del paziente a causa dell'anestesia, venisse confermata la correttezza dell'indicazione chirurgica, per necessità e per tempi.

Il chirurgo potrebbe essere ritenuto colpevole solo se si dimostrasse la non necessità *quoad vitam* dell'intervento.

## L'ANESTESISTA HA L'OBBLIGO DI CONTROLLARE LA CORRETTEZZA DELL'INDICAZIONE ALL'INTERVENTO FORMULATA DAL CHIRURGO?

Secondo una parte della giurisprudenza, sì: l'anestesista dovrebbe verificare l'effettiva necessità dell'operazione al fine di salvare la vita del paziente. Tale opinione non è condivisibile. Un giudizio sulla necessità di un intervento chirurgico richiede una competenza eccedente le conoscenze proprie di un medico specializzato in anesthesiologia. Ciò – ovviamente – con il limite dell'errore grossolano rilevabile tramite le più elementari conoscenze dell'arte medica.

## NEL CASO IN CUI L'ANESTESISTA VALUTASSE COME MOLTO ELEVATO IL RISCHIO ANESTESIOLOGICO E NON CONCORDASSE COL CHIRURGO SULLA NECESSITÀ QUOAD VITAM DELL'INTERVENTO, POTREBBE ASTENERSI DAL PRESTARE LA PROPRIA OPERA?

L'anestesista non potrebbe astenersi dal collaborare all'intervento, per la cui esecuzione vale sostanzialmente la scelta finale del chirurgo.

Certo è che, nel caso di esito infausto anche per realizzazione del rischio anestesilogico e di avvenuta manifestazione (e documentazione) della sua contrarietà, l'anestesista dovrà andare esente da responsabilità.

Questi i principi in caso di conflittualità. In realtà, anche se la legge assegna al chirurgo il potere assoluto sulla decisione circa l'intervento, questa decisione dovrebbe essere sempre di più il risultato di una valutazione multidisciplinare (chirurgo, anestesista, cardiologo, pneumologo, neurologo, etc.). La collaborazione e il lavoro in

equipe hanno portato a considerare il malato nel suo insieme e non limitatamente alla patologia di un organo.

Il chirurgo e l'anestesista, che non è più un semplice "addormentatore", ma un rianimatore con le conoscenze e l'esperienza basate sulla cura del paziente critico, insieme dovrebbero decidere se e quando intervenire, e questa decisione dovrebbe essere basata non sul timore di essere accusati in caso di insuccesso, ma su una reale valutazione clinica, che sarà anche relazionata accuratamente in cartella.

### **CHE COSA CAMBIA NEL CASO DI INTERVENTO QUOAD VALETUDINEM?**

In questo caso, il chirurgo valuta la necessità dell'atto operatorio e la sua eventuale differibilità, decide o meno di intervenire e richiede a tal fine la collaborazione dell'anestesista. Quest'ultimo esprime il proprio parere circa il rischio anestesiológico, e quando tale rischio risulta essere talmente elevato da condizionare un veto assoluto all'atto operatorio proposto, non sembra che possano sussistere dubbi sul fatto che la controindicazione all'intervento data dall'anestesista debba prevalere sull'indicazione puramente chirurgica.

Non è superfluo ribadire come entrambe le valutazioni, quella chirurgica e quella anestesiológica, debbano essere non contestabili in punto di completezza nella formulazione (pur complessa) della diagnosi definitiva e nell'indicazione.

In caso di contenzioso decisionale tra chirurgo e anestesista non sembra percorribile l'ipotesi di far ricadere nuovamente sul chirurgo la responsabilità decisionale finale, costringendolo a ulteriori indagini diagnostiche di controllo sull'operato del collega anestesista, o addirittura costringendolo a richiedere pareri e consulti esterni. La diversità di conoscenze specialistiche circoscrive l'ambito della responsabilità alle competenze

specifiche dei singoli. Coerentemente, circa l'indicazione all'intervento, il chirurgo dovrà esprimersi solo sul rischio chirurgico e solo per questo sarà responsabile, così come l'anestesista lo sarà solo per il rischio anestesiológico.

Vorremmo però, alla luce dell'evoluzione della scienza medica, superare il concetto di contrapposizione diverse tra figure professionali che ci pare limitativo, proponendo il concetto di "rischio operatorio": esso vuole risultare la sintesi di accurate valutazioni multispecialistiche atte a definire le difficoltà e i pericoli per quel preciso intervento eseguito con quella precisa anestesia in quel preciso paziente. Ancora una volta, verosimilmente, la soluzione teorica e pratica di un problema clinico complesso sta nel riportare al centro dell'attenzione dell'equipe medica l'unicità del malato.

### **COME SI DEVE COMPORTARE UNO SPECIALISTA, CHIRURGO O ANESTESISTA, CHE AVENDO MATURATO NEGLI ANNI UN'AMPIA CONOSCENZA DELL'ALTRUI MATERIA, SI TROVI A CONSTATARE LA PROGRAMMAZIONE DI UN ATTO CHIRURGICO O ANESTESIOLOGICO SICURAMENTE NON CORRETTO SECONDO L'ARTE MEDICA ?**

Per chiarire meglio tale quesito proponiamo alcuni esempi:

- L'anestesista apprende che verrà eseguito un intervento chirurgico estremamente demolitivo (amputazione dell'ano e del retto) per un tumore che l'oncologia tratta oggi efficacemente esclusivamente con terapia medica.
- All'anestesista viene richiesto di sottoporre ad anestesia un paziente con malattia oncologica estesa oltre i limiti di una corretta operabilità e con alternative di palliazioni meno invasive e altrettanto efficaci.

## IL RAPPORTO TRA MEDICO E INFERMIERE

In casi siffatti, sebbene l'applicazione rigorosa dei principi giuridici in materia di colpa dovrebbe portare all'esclusione di responsabilità in capo allo specialista di altra disciplina che si accorga, pur non avendone il dovere, dell'errore di altro specialista, è vivamente consigliabile una (documentata) segnalazione dell'opinione dissenziente al collega e, in caso di persistenza di costui nell'errore, al suo superiore gerarchico.

### IL RAPPORTO TRA MEDICO E INFERMIERE È CARATTERIZZATO DA AUTONOMIA DI CIASCUNA DELLE DUE PROFESSIONALITÀ?

Il rapporto che lega medici e infermieri, alla luce dell'abrogazione del d.p.r. 14.03.1974, n. 225 (c.d. "mansionario"), si caratterizza per essere improntato all'autonomia: la professione infermieristica ha cessato di avere un ruolo meramente ausiliario. L'art. 1 della legge 10.08.2000, n. 251 sancisce questa nuova realtà di collaborazione non subordinata, affermando: «Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette a» *etc.*

### IL MEDICO HA RESPONSABILITÀ PER LE ATTIVITÀ VOLTE A SODDISFARE I BISOGNI INFERMIERISTICI DEL PAZIENTE?

Non più. L'infermiere, in ragione della sua autonomia, è responsabile delle azioni che rientrano nell'assistenza infermieristica. L'art. 1 del d.m. 739/1994, delineando la figura dell'infermiere, afferma: «L'infermiere (...) è responsabile dell'assistenza generale infermieristica». Specificandone poi il campo di azione, e dunque di responsabilità, afferma: «L'infermiere: partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico; garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico – terapeutiche» *etc.*

## IL MEDICO PUÒ IMPORRE ALL'INFERMIERE LE MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DEL SUO LAVORO?

Il medico non può più imporre all'infermiere le modalità di svolgimento di un intervento di competenza di quest'ultimo, ma, soprattutto, non può più indicare all'infermiere quali attività compiere per soddisfare i bisogni infermieristici del paziente.

## IL MEDICO PUÒ ESSERE CHIAMATO A RISPONDERE PER ERRORI COMMESSI DALL'INFERMIERE?

In linea generale, e con le eccezioni che vedremo, non rientrando più l'attività infermieristica nella competenza decisionale del medico, egli non ne sarà responsabile.

## NELLA CURA FARMACOLOGICA L'INFERMIERE È MERO ESECUTORE DELLA PRESCRIZIONE DEL MEDICO?

L'inserimento nelle funzioni infermieristiche del compito di garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche implica una costante attività di verifica da parte dell'infermiere del processo terapeutico nelle diverse fasi di prescrizione, conservazione, somministrazione e raccolta degli effetti prodotti. L'apporto infermieristico non può limitarsi, dunque, alla passiva esecuzione della prescrizione ricevuta, ma implica la previa verifica della correttezza dell'operazione.

## UNA VOLTA TERMINATO L'INTERVENTO IL CHIRURGO È RESPONSABILE DELL'ASSISTENZA POST-OPERATORIA AFFIDATA ALL'INFERMIERE?

Il chirurgo, così come gli altri operatori sanitari, è titolare di un'ampia posizione di garanzia nei confronti del paziente, che si estende alla fase dell'assistenza post-operatoria; ne deriva che il chirurgo deve assicurarsi che il paziente sia adeguatamente assistito dopo l'operazione da personale idoneo e presente in numero adeguato, cui deve anche fornire tutte le indicazioni terapeutiche necessarie. Egli, dunque, nel trasferire la sua posizione di garanzia, deve fornire le necessarie indicazioni terapeutiche e di controllo dei parametri vitali del paziente appena operato, e deve seguire direttamente – anche per interposta persona – il decorso postoperatorio attraverso la scelta oculata dei soggetti che dovranno occuparsene. Nel caso in cui ciò non avvenga, il chirurgo può essere ritenuto responsabile per non aver fornito idonea assistenza post-operatoria avendola affidata a personale infermieristico non adeguato.

## IL CHIRURGO È RESPONSABILE DELLA C.D. “CONTA DEI FERRI” AL TERMINE DELL'OPERAZIONE?

Sul tema dell'errore nella conta dei ferri chirurgici a opera dell'infermiere cosiddetto “ferrista”, la giurisprudenza ritiene responsabile l'intera equipe chirurgica. Ciò sulla base del principio in forza del quale il medico, qualora si avvalga di ausiliari ai quali sia materialmente affidata l'esecuzione di un compito, conserva intatto sull'attività degli stessi il dovere di vigilanza, nonché sulla base della considerazione che, nel settore chirurgico, il personale infermieristico ha funzioni di assistenza ma non di verifica dell'intervento operatorio nella sua completezza, essendo quest'ultima prerogativa del medico.

## IL RAPPORTO TRA IL MEDICO E LA STRUTTURA IN CASO DI EVENTO INFAUSTO

### ESISTE UN OBBLIGO DI COLLABORAZIONE TRA MEDICO E INFERMIERE?

Il nuovo codice deontologico dei medici, differentemente da quanto avveniva nel passato, sancisce espressamente un dovere di collaborazione tra il medico e le diverse figure sanitarie che prestano la loro opera a beneficio del paziente. All'art. 66, infatti, si legge: «Il medico deve garantire la più ampia collaborazione e favorire la comunicazione tra tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale, nel rispetto delle peculiari competenze professionali».

In modo consonante, l'art. 5 del codice deontologico degli infermieri prevede: «L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e rispetta lo specifico apporto all'interno dell'equipe». Lo stesso art. 1 del d.m. 739/1994, del resto, fa espresso riferimento al fatto che: «l'infermiere (...) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali».

### IL MEDICO IN POSIZIONE APICALE È RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ INFERMIERISTICA CHE SI SVOLGE NEL REPARTO DA LUI DIRETTO?

La responsabilità di organizzazione e gestione della struttura assegnata al primario non può non comprendere anche l'attività infermieristica. Il d.p.r. 761/1979 – già esaminato – impone al primario di esercitare «funzioni di indirizzo e di verifica sulle prestazioni di diagnosi e cura», che comprendono anche le attività infermieristiche, a loro volta funzionali alla cura del paziente.

Nello stessa direzione ci sembra che conduca il d. lgs. 229/1999, nel quale è affermato che il medico in posizione apicale può dare direttive a tutto il personale operante nella struttura da lui diretta.

### COME SI DEVE COMPORTARE IL MEDICO QUALORA GLI VENGA NOTIFICATO UN ATTO DI CITAZIONE IN GIUDIZIO PER PRESUNTE RESPONSABILITÀ DI NATURA CIVILE?

La notifica dell'atto di citazione in giudizio, che segna l'avvio del contenzioso giudiziario, in sede civile, tra il medico e il paziente che assume essere stato leso in conseguenza della prestazione sanitaria ricevuta nell'azienda sanitaria di riferimento, deve essere portata a conoscenza di quest'ultima. Di norma – comunque – la struttura sanitaria è chiamata a sua volta a rispondere del presunto danno, in ragione del rapporto contrattuale che si è instaurato con il paziente.

Ciascuna azienda presenta, nell'ambito della propria organizzazione, una struttura dedicata alla gestione del contenzioso, con la quale il medico citato a giudizio deve mettersi tempestivamente in contatto, dal momento che gli atti delle procedure giudiziarie sono governati dal rispetto di precisi termini.

### OLTRE ALLA NECESSITÀ DI NON INCORRERE IN DECADENZE CHE POTREBBERO PREGIUDICARE L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI DIFESA, PER QUALI ALTRE RAGIONI LA COMUNICAZIONE DELL'AVVIO DELLA PROCEDURA GIUDIZIARIA AGLI UFFICI PREPOSTI DELL'AZIENDA SANITARIA DEVE ESSERE TEMPESTIVA?

La comunicazione consente all'azienda sanitaria di avviare, nei tempi previsti, il procedimento di apertura del sinistro, con la conseguente attivazione delle polizze di responsabilità civile verso terzi e/o prestatori d'opera.

Una volta aperto il sinistro, la gestione dello stesso è di solito affidata ai legali e ai periti nominati dalla compagnia assicurativa, i cui nominativi vengono comunicati all'assicurato.

### **COSA DEVE FARE IL MEDICO CHE NON INTENDA AVVALERSI DEI LEGALI E DEI PERITI NOMINATI DALLA COMPAGNIA ASSICURATIVA, PREFERENDO LA NOMINA DI CONSULENTI DI FIDUCIA?**

Di norma le polizze di tutela legale e peritale consentono al medico di avvalersi di un proprio legale e/o perito, dandone immediata comunicazione all'ufficio di gestione del sinistro: questi provvederà ad inviare alla compagnia assicurativa, nel più breve tempo possibile, il nominativo dei professionisti di fiducia individuati. Tale comunicazione potrà essere inviata alla compagnia assicurativa anche dal legale di fiducia nominato dal medico.

### **QUALI ALTRI ATTI, SEMPRE NEL CASO DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE, DEVONO PORTARE IL MEDICO A RIVOLGERSI SENZA INDUGIO AGLI UFFICI PREPOSTI DELL'AZIENDA DI APPARTENENZA?**

E' l'esplicita richiesta di risarcimento del danno che attiva la procedura di apertura del sinistro, valida altresì ai fini assicurativi.

Pertanto, il terzo legittimato ai sensi della normativa vigente, che presuma di essere stato leso a causa della prestazione medica effettuata, di norma conferisce mandato ad un legale perché questi, tramite una formale diffida a risarcire il danno, e dunque

tramite un atto stragiudiziale, porti a conoscenza della struttura sanitaria la natura delle proprie pretese.

Spesso – dunque – accade che la citazione in giudizio non sia il primo atto con cui il terzo si rivolge al medico e alla struttura sanitaria per formalizzare la propria richiesta di risarcimento danni; infatti solitamente questa risulta essere preceduta da un atto stragiudiziale, in cui la persona che si presume lesa esplicita le proprie richieste di risarcimento; solo qualora venga a mancare lo spontaneo adempimento a tale richiesta da parte dell'azienda sanitaria, il terzo deciderà con ogni probabilità di rivolgersi al tribunale civile.

### **QUALI SONO LE POSSIBILI CONSEGUENZE DELLA EVENTUALE DECISIONE DEL MEDICO DI ADDIVENIRE AD UNA TRANSAZIONE CON LA CONTROPARTE, SENZA AVERE PREVIAMENTE CONSULTATO GLI UFFICI CHE GESTISCONO IL CONTENZIOSO ALL'INTERNO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA E, PER IL LORO TRAMITE, LA COMPAGNIA ASSICURATIVA?**

Qualunque azione individuale e, soprattutto, qualunque decisione autonomamente assunta dal medico relativa all'accoglimento di proposte transattive interferisce con il regolare svolgimento delle procedure ufficiali e potrebbe precludere a quest'ultimo la possibilità di vedersi riconosciuto il rimborso degli oneri economici da parte della compagnia assicurativa.

Pertanto è consigliabile per il medico sottoporre tutte le eventuali richieste/proposte pervenute, siano esse formalizzate per iscritto oppure anche solo verbali, alla propria azienda sanitaria, nelle figure della direzione Sanitaria e degli uffici che si occupano del contenzioso.

Infatti, l'azienda sanitaria prevede sicuramente percorsi standardizzati per la gestione delle richieste di risarcimento del danno; ed inoltre la copertura assicurativa è garantita a tutti gli operatori dell'azienda nell'ambito dello svolgimento delle attività istituzionali o comunque di quelle autorizzate dalla stessa.

### A CHI SI DEVE RIVOLGERE IL MEDICO CHE RICEVA NON UNA FORMALE RICHIESTA DI RISARCIMENTO DEL DANNO PER PRESUNTI ERRORI COMMESSI NELL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE, BENSÌ UNA NOTA DI RECLAMO A FRONTE DI UN DETERMINATO EVENTO OCCORSO, OPPURE LA RICHIESTA DI INFORMAZIONI RELATIVAMENTE AD UN DETERMINATO CASO CLINICO AFFRONTATO DAL MEDICO INTERPELLATO, IN AUTONOMIA, O NELL'AMBITO DI UNA ATTIVITÀ GESTITA IN EQUIPE?

Quando è assente la richiesta formale di risarcimento di un presunto danno cagionato al paziente, non vi sono i presupposti per l'avvio di una procedura di apertura del sinistro. Tuttavia è possibile che l'inoltro del reclamo oppure della richiesta di informazioni siano preliminari alla successiva decisione di instaurare un contenzioso vero e proprio.

In tal caso il medico interessato deve rivolgersi al proprio responsabile, oltre che alla direzione sanitaria, o comunque agli uffici preposti dell'azienda, valutando, unitamente alle figure individuate, l'opportunità di stilare una relazione esaustiva sul caso clinico di cui si discute, anche attraverso il coinvolgimento dell'intera equipe che lo ha trattato.

Può accadere che le richieste di informazioni siano indirizzate direttamente alla direzio-

ne sanitaria e, in tale ultimo caso, sarà proprio quest'ultima a richiedere il coinvolgimento del medico e/o dell'equipe ai fini di poter consapevolmente rispondere al terzo.

### A CHI È OPPORTUNO RIVOLGERSI QUANDO SI RICEVE UNA “INFORMAZIONE DI GARANZIA” (ART. 369 C.P.P.) OPPURE UNA “INFORMAZIONE ALLA PERSONA SOTTOPOSTA ALLE INDAGINI SUL DIRITTO ALLA DIFESA” (ART. 369BIS C.P.P.), O COMUNQUE QUALUNQUE ATTO DAL QUALE SI RILEVI IL COINVOLGIMENTO DELLA PROPRIA PERSONA IN UN'INDAGINE PER L'ACCERTAMENTO DELLA SUSSISTENZA DI RESPONSABILITÀ DI NATURA PENALE?

Una volta ricevute le informazioni dovute sull'esistenza di un procedimento di indagine a proprio carico, è opportuno che il medico si rivolga tempestivamente agli uffici preposti dell'azienda sanitaria, ai fini dell'attivazione delle polizze assicurative di tutela legale e peritale che garantiscono il rimborso delle spese giudiziarie dell'assicurato a tutela dei propri interessi. E' opportuno verificare sempre quali siano i contenuti esatti e gli eventuali limiti delle coperture assicurative, con particolare attenzione agli oneri economici eventualmente esclusi dalla garanzia assicurativa (rimborso di multe/ammende e, più in generale, le pene pecuniarie inflitte dall'autorità giudiziaria).

L'individuazione di un legale di fiducia per l'assunzione dell'incarico di difesa in giudizio deve essere tempestivamente comunicata agli uffici di gestione dei sinistri e del contenzioso, così come spiegato in precedenza.

## COSA ACCADE SE, AD ESITO DEL GIUDIZIO, VIENE RICONOSCIUTA LA CONDOTTA ILLECITA DEL MEDICO, IN CONSEGUENZA DELLA QUALE L'AZIENDA SANITARIA SIA CONDANNATA AL RISARCIMENTO DEL DANNO?

La responsabilità della struttura sanitaria nei confronti del danneggiato ha natura contrattuale, anche quando i danni subiti dal paziente siano ascrivibili all'esecuzione negligente, imprudente o imperita del medico.

Una volta che la sentenza di condanna sia divenuta definitiva (vale a dire una volta esauriti i diversi gradi del giudizio), l'azienda sanitaria può esperire nei confronti del medico, la cui condotta sia stata giudicata colpevole, l'azione di responsabilità amministrativa innanzi alla Corte dei Conti, competente per materia.

Si deve però tenere presente che la responsabilità amministrativa del medico, per danno erariale, rimane circoscritta alle sole ipotesi di dolo e colpa grave.

Dunque, nel caso in cui la struttura sia condannata in solido con il medico, la stessa può esercitare l'azione di regresso nei confronti di quest'ultimo innanzi al giudice contabile.

In termini di responsabilità vi è però una sostanziale differenza tra il regime della responsabilità civile e quello della responsabilità amministrativa.

Difatti nel primo per affermare la responsabilità del medico la colpa deve sussistere in grado elevato (colpa grave) solo quando la prestazione implichi la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, per l'imperizia e mentre, quando la responsabilità deriva da comportamenti imprudenti o negligenti, è sufficiente la colpa lieve; invece nel giudizio di responsabilità amministrativa è sempre richiesta la colpa grave, non solo per l'imperizia, ma anche per l'imprudenza e la negligenza. La colpa grave si caratterizza per un più elevato grado di negligenza, imprudenza o imperizia, da ravvisarsi nella condotta di chi non abbia osservato, nel caso concreto, un livello minimo di diligenza, prudenza o perizia, posto in relazione al tipo di attività concretamente richiesto all'agente e alla sua particolare preparazione professionale.

Rispetto al giudizio civile, quello di responsabilità amministrativa per danno erariale si fonda dunque sulla applicazione di criteri di responsabilità di maggior favore per il medico, soprattutto per quanto concerne l'aspetto dell'elemento psicologico richiesto (cioè la colpa).

Va altresì ricordato che, in relazione agli aspetti assicurativi, l'art. 21 del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del 3 novembre 2005 afferma ai primi due commi che:

- 1) le aziende garantiscono una adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile di tutti i dirigenti dell'area medica e veterinaria, ivi comprese le spese di giudizio ai sensi dell'articolo 25 del CCNL dell'8 giugno 2000 per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie dei terzi, relativamente alla loro attività, ivi compresa la libera professione *intramoenia*, senza diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave.
- 2) le aziende ed enti provvedono alla copertura degli oneri di cui al precedente punto con le risorse destinate a tal fine nei bilanci, incrementate con la trattenuta di misura pro-capite da un minimo di Euro 26 mensili ad un massimo di Euro 50, posta a carico di ciascun dirigente per la copertura di ulteriori rischi non coperti dalla polizza generale. La trattenuta decorre dall'entrata in vigore della polizza con la quale viene estesa al dirigente la copertura assicurativa citata.

Infine, la nota esplicativa dell'articolo 21, specifica come con l'espressione "ulteriori rischi" di cui al comma 2, si debbano intendere tanto la copertura da parte del dirigente – mediante gli oneri a suo carico – di ulteriori rischi professionali derivanti dalla specifica attività svolta, quanto la copertura dal rischio dell'azione di rivalsa da parte dell'azienda o ente in caso di accertamento di responsabilità per colpa grave.

gruppo di studio  
**MEDICINA E LEGALITÀ**

Fabio Ambrosetti (Avvocato)  
Mara Andreoli (Chirurgo)  
Giuseppe Battarino (Magistrato)  
Nicolò De Manzini (Chirurgo)  
Alessandra De Palma (Medico Legale)  
Maria Cristina Faravelli (Avvocato)  
Antonio Farneti (Medico Legale)  
Luciano Landa (Chirurgo)  
Mauro Longoni (Chirurgo)  
Jacques Megevand (Chirurgo)  
Gianluigi Melotti (Chirurgo)  
Sara Melotti (Giurista)  
Arnaldo Migliorini (Medico Legale)  
Paola Pirotta (Magistrato)  
Luigi Presenti (Chirurgo)  
Marco Rigamonti (Chirurgo)  
Antonio Rossomando (Avvocato)  
Cristiana Roveda (Magistrato)  
Damiano Spera (Magistrato)  
Vincenzo Stancanelli (Chirurgo)  
Alfio Valsecchi (Giurista)  
Francesco Viganò (Giurista)

Hanno collaborato:

Lorenza Marco (Giurista)  
Gabriella Moise (Anestesista Rianimatore)  
Claudia Rimoldi (Dirigente Az. Osp.)

*In copertina*  
*disegno di Gino Viviani*

Stampa: Grafiche Mariano SpA

con la partecipazione di

*Johnson & Johnson*  
MEDICAL<sub>SpA</sub>

*Egli disse loro anche questa parabola:  
“Può un cieco guidare un altro cieco?  
Non andranno entrambi in un fosso?”*

Vangelo di Luca, VI, 39

*“Persino nei momenti di pericolo in guerra nessuno  
di coloro che cede accusa sè stesso, ma preferisce accusare  
chi comanda, chi era accanto a lui, chiunque altro;  
eppure l'insuccesso è causato da tutti quanti”*

Demostene, Orazioni, Terza Orintica

*“Tutti cercano di prepararsi a risolvere i problemi,  
ma nessuno sa come prepararsi a non far sorgere i problemi.  
È più facile impedire ai problemi di sorgere che risolverli,  
ma è difficile parlare di una simile arte”*

Huainanzi, il Libro dei Maestri di Huainan