

# Il contenzioso, sintomo collaterale

di **Vania Cirese**  
Avvocato, Foro di Roma

**S**ecundo i più recenti dati dell'Ania in un anno solare sono ben oltre 34 mila le denunce dei cittadini per danni subiti nelle strutture sanitarie. L'aumento dal 2008 al 2009 è stato addirittura del 15%. Considerato che un risarcimento medio si aggira tra i 25 mila e i 40 mila euro, la cosiddetta "malasanità" costa una cifra enorme, compresa tra 850 milioni di euro e 1 miliardo e 400 milioni all'anno.

Per quanto riguarda gli ospedali, in particolare, in media vengono segnalati alle assicurazioni 2,7 sinistri ogni 1000 ricoveri e il valore assicurativo medio di un posto letto è passato dai 2.235 euro dello scorso anno ai 2.690 attuali, come emerge dal rapporto Medmal Claims Italia realizzato da Marsch, leader mondiale nella consulenza e gestione dei rischi (vedi Box Ospedali).

In questo contesto, il rischio che una compagnia assicurativa crolli, com'è successo alla FARO, che è fallita lasciando molte Asl in grande difficoltà, è quanto mai reale. Non stupisce dunque l'aumento dei casi di disdetta intimata dalle compagnie assicuratrici prima dell'effettiva scadenza contrattuale e, più in generale, la progressiva chiusura del mercato assicurativo che spunta condizioni contrattuali sempre più onerose, in termini di costi e di minori estensioni delle garanzie delle coperture proposte.

## Responsabilità della struttura e copertura assicurativa

Le garanzie fornite dalle coperture assicurative della RC medico sanitarie sono sicuramente peggiorate con il passaggio dalla polizza "loss accuracy", ovvero il verificarsi del danno in capo al paziente nel periodo indicato in polizza, a quella "claims made", l'indennizzo per le sole richieste risarcitorie pervenute all'assicurazione durante la vigenza del contratto.

Le attuali polizze assicurative coprono solo la responsabilità professionale del medico per sua negligenza, imprudenza, impe-

“ Medicina difensivistica e contenzioso sono l'epifenomeno di un malessere sociale e professionale che va cronicizzandosi. Il rimedio "conciliazione" non serve a guarire la malattia. Occorre intervenire sulle cause: tracciando le linee di una disciplina di settore più moderna e appropriata. Ad iniziare dalla responsabilità medica e da un sistema di monitoraggio-gestione del rischio



ria e non già quella diretta e autonoma dell'ente stipulante (ad es. per deficit organizzativo). Spesso il paziente non può beneficiare dell'esistenza della copertura assicurativa quando l'evento dannoso sia stato causato non da responsabilità imputabile all'operato del medico bensì da quella della struttura. Ciò comporta ingiusti coinvolgimenti dei medici nei processi con evidente forzatura per tentare di assicurare risarcimenti a sinistri gravi e allarmanti che sarebbero invero privi di reale copertura.

Inoltre il continuo ondeggiare del legislatore nazionale tra "obbligatorietà" (art. 29 Dpr 130/1969) e "facoltatività" (art. 29 Dpr 761/1979) della copertura assicurativa dei medici dipendenti di strutture sanitarie è senz'altro censurabile prestando il fianco a dispute dottrinali

**Spesso il paziente non può beneficiare dell'esistenza della copertura assicurativa quando l'evento dannoso sia stato causato non da responsabilità imputabile all'operato del medico bensì da quella della struttura**

e indirizzi giurisprudenziali discordi. Il diritto positivo è carente e confuso e continua l'ambiguità della contrapposizione tra il Dpr 761/79 e la contrattazione collettiva (art. 24-25 Ccnl 2000/2001), che sancisce un ri-

torno all'obbligo in capo alle strutture del Ssn di provvedere a stipulare assicurazioni per i propri dipendenti. La "disapplicazione" dell'art. 28 non è pacifica e il nostro legislatore non si è premunito di adeguare il diritto positivo all'importante innovazione recata dal Ccnl.

## Risk management: manca un "sistema"

L'analisi della mutata realtà socio-sanitaria mostra come luogo privilegiato per il verificarsi di episodi di medical malpractice una struttura organizzata dove l'attività sanitaria viene tradotta in servizio; tuttavia, raramente, nella ricostruzione giudiziaria della vicenda, viene preso in esame un disservizio o una disfunzione organizzativa della struttura sanitaria, e si continua ad aprire indagini, sempre e comunque sulla colpa professiona-

le dell'operatore sanitario (o dell'équipe, ossia dei soggetti-persone fisiche che operano nella struttura), anche in quei casi in cui è palese il disservizio o la carenza organizzativa. Sembra indispensabile introdurre la previsione di una responsabilità della struttura fondata su un titolo autonomo per "difetto di organizzazione" e violazione dell'obbligo di "sicurezza nella erogazione delle cure", fatto distinto, da quello che fonda la responsabilità del medico per propria negligenza, imprudenza, imperizia.

Si deve far riferimento al criterio del rischio, correlato all'organizzazione di un'attività di servizi alla persona, finalizzato alla prevenzione di danni alla salute dei pazienti (nell'erogazione delle cure). Questa è l'unica prospettiva che consente di valutare eventuali deficit organizzativi e omissioni della struttura che agisce tramite i suoi legali rappresentanti, ai quali fanno capo le scelte di corretta gestione dell'azienda con poteri di spesa e controllo (direttore generale, amministrativo, sanitario; D.Lgs. n. 502 del 1992 e loro delegati). Nell'ambito della responsabilità nel settore sanitario va distinta la responsabilità per non corretta esecuzione dell'attività chirurgica o di cura, dalla responsabilità per inefficiente organizzazione dell'attività sanitaria, autonoma e indipendente dall'eventuale fatto illecito del medico, punibile a diverso titolo.

La struttura infatti risponde autonomamente ben oltre la prestazione alberghiera. In altre parole è identificabile una responsabilità che chiama in causa esclusivamente la struttura per deficit organizzativo o strutturale (non corretta gestione delle liste di attesa, omessa o insufficiente manutenzione di apparecchiature, omesso o insufficiente approntamento di presidi, disorganizzazione dei reparti, carenze dell'organico). Può cioè individuarsi una responsabilità della struttura, autonoma, non fondata sui fatti illeciti dei singoli medici-dipendenti.

La struttura a mezzo del legale rappresentante e non il medico ha infatti l'obbligo di garantire la sicurezza delle cure predisponendo la dovuta organizzazione di mezzi e di persone, potendosi rinvenire anche collegamenti causali tra organizzazione deficitaria e danni al paziente per inosservanza degli standard di sicurezza imposti dalla legge (colpa specifica) o da un generale dovere di diligenza, prudenza, perizia (colpa generica).

All'ente deve essere in pratica richiesta l'adozione di modelli



## La mediazione non risolve...anzi

■ **Spese fisse iniziali di una certa entità, scarse garanzie riguardo l'indipendenza, l'imparzialità e le competenze specifiche del mediatore, mancato coinvolgimento delle compagnie assicuratrici nella procedura conciliativa. E ancora, dubbi di incostituzionalità e possibile contrasto con una Direttiva europea. Insomma la conciliazione obbligatoria nel contenzioso per responsabilità medica non costituirebbe al momento una soluzione soddisfacente. Anzi, potrebbe incrementare le azioni giudiziarie sul versante penalistico**

L'istituto promosso dal Governo, etichettato con una forzatura (rispetto agli altri modelli europei) come "mediazione", verosimilmente è destinato ad aggravare le già sufficientemente critiche condizioni di accesso alla giustizia dei pretesi danneggiati da prestazioni-medico-sanitarie, senza peraltro realizzare il suo obiettivo principale di deflazione del contenzioso giudiziario. Questo per una serie di ragioni. Innanzitutto la procedura comporta per l'attivazione spese fisse iniziali di costo variabile in considerazione del valore della pretesa risarcitoria (parametri determinati dal Ministero, con una riduzione "premiata"). Tali importi non modesti, gravano solidalmente su ciascuna parte. Di conseguenza qualora il medico e/o la struttura (come spesso capita) decidano di non partecipare, il danneggiato è tenuto a pagare un importo esorbitante (il doppio), oltre

alla liquidazione dei compensi spettanti agli esperti. Appare evidente dunque come tali previsioni costituiscano un deterrente per l'opzione dei pazienti.

In secondo luogo, Non c'è alcuna garanzia d'indipendenza, imparzialità e competenza specifica sul versante giuridico e medico legale dei soggetti che devono mediare. Infatti i mediatori non sono giudici, né avvocati, né enti pubblici ma spesso dei privati totalmente digiuni di una materia così complessa come la responsabilità medica. A ciò si aggiunga l'ulteriore inconveniente costituito dal fatto che i pazienti-danneggiati instaurano il procedimento di mediazione nei confronti di medici e struttura senza il coinvolgimento dei soggetti che nella realtà decidono sulla misura dell'eventuale risarcimento (assicuratori, fondi regionali) contro cui i danneggiati non hanno azione diretta. Non c'è alcuna interfaccia con i soggetti "pagatori".

Le scarse, se non del tutto inesistenti, prospettive di successo del procedimento di mediazione, i costi che comporta, i significativi dubbi di incostituzionalità sotto il profilo dell'art. 3, 24, 111 Cost. (atteso che i diritti coinvolti, vite, salute, persona, sono inviolabili), il possibile contrasto con la direttiva europea (2008/52 CE, art. 5) comporteranno uno scarso ricorso a questo istituto "obbligatorio" per il civile e quindi un incremento delle azioni giudiziarie sul versante penalistico.



comportamentali specificatamente calibrati sulla prevenzione del rischio clinico, cioè volti ad impedire, attraverso la fissazione di regole di condotta e di monitoraggio dei rischi e degli eventi avversi, possibili danni ai pazienti e ingiustificati processi al personale sanitario.

Gli obiettivi specifici di tutela giustificano le sanzioni pecuniarie e interdittive per la struttura e l'individuazione del soggetto-persona (legale rappresentante, direttore generale, preposti per

delega di funzioni) suscettivo di essere chiamato a rispondere di danni cagionati e illeciti penali commessi nello svolgimento delle attività facente capo all'ente superindividuale.

Attesa la necessità di prevenire con le più adeguate tutele, le lesioni di un bene di rilievo costituzionale, quale quello della salute, l'anticipazione della soglia di punibilità alla realizzazione del rischio e alla mancata ottemperanza del suo corretto monitoraggio appare assolutamente

giustificata.

L'amministrazione dell'ente deve predisporre meccanismi di controllo dei rischi per i pazienti, ciò configurando un preciso obbligo giuridico di attivarsi con la previsione in caso di violazione, di sanzioni almeno nell'ambito del diritto punitivo amministrativo. Attualmente manca nel Ssn un sistema di monitoraggio-gestione del rischio clinico e manca la previsione normativa dell'obbligo in capo alle aziende ospedaliere di istituire unità di gestione del rischio clinico, per individuare i rischi, eventi avversi e fonti di responsabilità. Solo un sistema obbligatorio ed organizzato permetterà di evitare la reiterazione degli errori e anche di individuare le fonti di responsabilità, distinguendo un doppio binario di responsabilità: il sanitario, se sbaglia per propria colpa professionale (negligenza, imperizia, imprudenza); gli amministratori delle strutture per deficit organizzativo.

In caso di carenze strutturali, organizzative, mancato approntamento del sistema di monitoraggio del rischio ed eventi avversi, occorre prevedere una responsabilità autonoma in capo ai legali rappresentanti delle strutture (o loro preposti), con precisi obblighi e sanzioni.

Solo un sistema sanitario che contempli diversi profili di responsabilità, che includa un vero e proprio sistema (nazionale/regionale/locale) di gestione del rischio clinico e preveda obblighi e sanzioni in caso di inadempimento, consentirà più ampie garanzie di sicurezza per i pazienti, restituirà la tranquillità di lavoro per i medici, ripristinerà il rapporto fiduciario medico-paziente e ridurrà il contenzioso.

Il "sistema" per essere tale, deve raccordare le Unità di rischio clinico a livello aziendale (obbligatorie) con Agenzie di raccordo a livello regionale e un Osservatorio Nazionale (presso il Ministero della Salute).

Così al monitoraggio dei rischi e degli eventi avversi nelle strutture sanitarie, seguirà la raccolta e la fruizione dei dati a livello regionale e nazionale che consentirà di emettere direttive e raccomandazioni per aver modelli più omogenei e più efficienti di erogazione delle cure nelle realtà locali, evitando il più possibile penalizzanti disparità di trattamento dei pazienti, relativamente a livelli di qualità delle cu-

## Ospedali

### In media segnalati alle assicurazioni 2,7 sinistri ogni 1000 ricoveri

Il dato emerge dal rapporto Medmal Claims Italia realizzato da Marsch, leader mondiale nella consulenza e gestione dei rischi. Il tasso varia, però, tra nord e sud del Paese e a seconda del livello di specializzazione degli ospedali. Assicurare un posto letto costa in media 2.690 euro.

In Italia il valore assicurativo medio di un posto letto è passato dai 2.235 euro dello scorso anno ai 2.690 attuali, e, in media, avvengono 10,15 sinistri ogni 100 posti letto, ovvero 2,7 ogni 1000 ricoveri. Questi i dati emersi dal report MedMal Claims di Marsh, giunto alla terza edizione. Lo studio ha preso in considerazione 28mila richieste di risarcimento danni su un campione di 80 aziende ospedaliere e sanitarie pubbliche pari a circa il 95% dei clienti di Marsh in questo settore, mettendo in evidenza come la tipologia di azienda ospedaliera (di base rispetto alle specialistiche) e l'area geografica in cui si opera hanno un'incidenza sulla percentuale di sinistri e sul valore assicurativo dei posti letto. In particolare i tassi diminuiscono se si prendono in considerazione le strutture sanitarie del nord, aumentano di poco al centro e considerevolmente al sud: al nord, infatti, si registrano solo 1,56 sinistri ogni 1000 ricoveri; al centro 1,85 e al sud 2,51. Il rischio appare maggiore negli ospedali non specialistici e tra questi nei policlinici universitari che presentano i maggiori indici di sinistri con 5,4 sinistri ogni 1000 ricoveri. Seguono le aziende sanitarie ed ospedaliere non specialistiche con 4,35 ogni 1000 ricoveri. Negli ospedali di alta specializzazione invece gli indici sono più bassi: con 3,62 eventi ogni mille ricoveri. La capillarità dei dati ha permesso, inoltre, di quantificare il costo assicurativo anche per quelle specialità cliniche che registrano la maggiore frequenza di richieste di risarcimento danni: chirurgia generale, ortopedia e ostetricia e ginecologia. Per quanto riguarda la chirurgia generale, si può stimare che a livello nazionale un posto letto costa poco più di 3.061 euro ed un ricovero 82 euro. La specialità di ortopedia ha un costo di 4.086 euro per posto letto e circa 114 euro per ricovero. Invece, un discorso differente va fatto per l'ostetricia e la ginecologia che ha un costo più elevato per posto letto (più di 6.740 euro), ma piuttosto contenuto per singolo ricovero (106 euro). A guidare la classifica per tipologia di rischi è il rischio clinico con il 74%, seguono i rischi alla struttura (eventi in aree comuni, parcheggi, scale, ecc.) 15%, i danni alla

proprietà (oggetti personali, protesi, ecc.) 4% e i rischi professionali 2%. L'analisi delle conseguenze seguite all'evento che ha determinato la richiesta di risarcimento vede al primo posto le lesioni 79% seguite dai danni alle proprietà 10% e decesso 6%. Le principali tipologie di errori reclamati, infine, sono errori chirurgici (28%), errori diagnostici (15%), errori terapeutici (13%), cadute di pazienti e visitatori (11%), danneggiamenti a cose (5%) e smarrimenti e furti (4%). Ma leggendo tra i dati si scopre anche che il 9% dei sinistri riguarda i visitatori, non i pazienti, e il 2% operatori.

re e sicurezza delle prestazioni erogate e assicurando la piena collaborazione con le società scientifiche per emettere raccomandazioni ed elevare lo standard della prevenzione dei rischi e della corretta prestazione.

#### Una "soglia" per la responsabilità penale

La comparazione della gestione del contenzioso medico-legale e della disciplina della responsa-

**Le aree cliniche maggiormente interessate sono: struttura e parti comuni (15%), pronto soccorso (14%), ortopedia (12%), chirurgia generale (11%), ostetricia e ginecologia (7%) e medicina generale (4%)**





bilità medica nei sistemi di civil law – common law può costituire la valida premessa per tracciare le linee di una disciplina di settore più moderna e appropriata in Italia, prevedendo la responsabilità penale solo al superamento di una certa soglia di gravità della condotta errata eventualmente lasciando all'apprezzamento dell'autorità giudiziaria la differenziazione delle ipotesi e le fattispecie suscettibili di essere penalmente rilevanti. Non può sottovalutarsi la riserva della Francia a restringere l'ambito di rilevanza penale ai reati commissivi aggravati, ricorrendo per il resto ad un "no fault system". Del pari è significativa la tendenza nel Regno Unito a risolvere la maggior parte delle controversie con un "tort based" system, lasciando in sede penale solo le ipotesi di rilevante gravità. Del resto non è estranea alla tecnica legislativa italiana la previsione di casi di "non offensività" per particolare tenuità del fatto ovvero l'introduzione di "soglie di punibilità" come nel diritto punitivo tributario, che in aderenza al principio di offensività prevede il necessario superamento di dette soglie e l'accertamento di condotte particolarmente offensive al fine della configurazione del reato, limitando a specifici casi il ricorso al giudice penale.

Sia i "no fault systems" che i "tort based" system hanno ancora al concetto di "gross negligence", o comunque al necessario superamento di soglie di punibilità, la configurazione dell'illecito penalmente rilevante per gli operatori sanitari, in considerazione dell'elevato valore sociale e dell'utilità della loro prestazione professionale, della complessità e delicatezza del loro ruolo, consapevoli della necessità di evitare tanto il ricorso alla medicina difensiva quanto dannose strumentalizzazioni delle vicende processuali troppe volte constatate in sede penale allo scopo di ottenere risarcimenti persino ingiustificati e non dovuti.

La stessa Corte dei Diritti Umani ha sancito che, relativamente alle offese alla vita o all'integrità fisica, (art 1,3,8 CEDU) se sono cagionate da condotte colpose, obbligo di assicurare una tutela effettiva da parte dello Stato non impone necessariamente il ricorso alla sanzione penale, potendo bastare rimedi di carattere civile a meno che non ci siano profili di colpa grave che rendano la sanzione penale il rimedio più adeguato. **Y**

## Dal Ministero il Manuale di formazione sulla sicurezza di pazienti e operatori

**C**on il 'Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori' il Ministero della Salute ha inteso offrire agli operatori sanitari, indipendentemente da ruolo, ambito professionale e setting assistenziale, un'opportunità di formazione nello specifico ambito del governo clinico, affrontando, in forma didascalica, alcune dimensioni fondamentali quali la sicurezza di pazienti ed operatori, la valutazione delle performance, l'appropriatezza, la formazione. Il programma formativo è stato predisposto dall'Ufficio III della Direzione generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute in condivisione con Fnomceo e Ispasvi sulla base di un documento prodotto dall'Agenzia Sanitaria e Sociale regio-

**La gestione della comunicazione e delle informazioni sanitarie, la prevenzione dei rischi, il contenzioso e l'istituto della mediazione, la conduzione degli eventi avversi. Questi alcuni temi trattati nel Manuale predisposto dalla Direzione generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute in condivisione con Fnomceo e Ispasvi**

corso di formazione light, interattivo, flessibile e facilmente accessibile.

Tra gli argomenti di particolare interesse trattati in 8 capitoli, c'è il tema della **mediazione civile e del risarcimento dei danni per le vittime di errori sanitari**. Sul primo punto il Manuale indica come lo "scopo primario della conciliazione in campo sanitario deve essere non tanto l'accordo formale delle parti o l'ottenimento di un quantum risarcitorio, quanto piuttosto il pieno recupero fisico e la ricostruzione della fiducia lesa e del dialogo fra paziente insoddisfatto e struttura/personale sanitario, obiettivo essenziale per la tutela dell'intero sistema sanitario".

Il recente dlgs n. 28/2010, che ha introdotto la conciliazione obbligatoria in caso di errore sanitario presenta secondo il testo proposto "taluni profili critici, sui quali si sta cercando di intervenire per consentire che l'innovazione normativa, divenendo operativa, possa realizzare concreti benefici sia al Servizio Sanitario che ai cittadini". Le principali criticità evidenziate riguardano "la composizione degli Organismi di mediazione ai fini della conciliazione. Infatti non è ben delineata la specifica composizione degli Organismi che dovrebbe prevedere personale esperto in campo medico legale, selezionato da Albi di consulenti altamente specializzati ed effettivamente operanti nelle branche mediche interessate. Manca inoltre la definizione del ruolo delle assicurazioni nei tentativi di conciliazione. Tra le altre carenze del decreto si rileva la mancata definizione della competenza territoriale dell'orga-

nismo di mediazione che nella pratica ha portato a tentativi di mediazione instaurati presso organi distanti centinaia di chilometri dal luogo dove l'evento si è verificato con un conseguente aggravio di costi per le Aziende del Ssn e un limite alla percorribilità di tale ipotesi transattiva".

Per quanto riguarda invece il **risarcimento dei danni** per le vittime di errori sanitari, il Manuale evidenzia che "è un problema noto alle istituzioni del nostro Paese, sul quale si sta lavorando con l'obiettivo di assicurare il contenimento del verificarsi di eventi avversi e di definire adeguate modalità di risarcimento del danno scaturito da un atto medico-assistenziale. Tra i disegni di legge relativi a tale problematica c'è an-

**La messa a regime del sistema di monitoraggio dei sinistri consentirà di disporre di dati oggettivi e non di stime approssimative fornite dalle compagnie assicuratrici**

che l'ipotesi della creazione di fondi destinati ai pazienti (anche nel caso della cosiddetta alea terapeutica), nonché l'**inserimento di obbligo di copertura assicurativa** per le strutture sanitarie private. Tutto questo dovrà avvenire con costi sostenibili, limitando la distrazione di risorse economiche da destinare a prestazioni assistenziali, tenuto conto che oggi un'ingente voce nei bilanci delle aziende è rappresentata dai costi assicurativi". La rilevanza dei rischi trasferiti alle compagnie di assicurazione e la tipologia dei rischi trattati secondo il testo proposto "giustificano la necessità di una conoscenza

profonda e diffusa del settore, perciò l'Intesa Stato-Regioni del 20 marzo 2008 ha previsto l'**istituzione di un osservatorio nazionale con funzione di monitoraggio dei sinistri** che si verificano in ambito sanitario". Secondo il Manuale "il monitoraggio dei sinistri consentirà di evidenziare le specialità e le aree geografiche di maggior frequenza di casi avversi e di rilevarne il tasso di sinistrosità. Consentirà, inoltre, la valorizzazione economica della sinistrosità mediante la rilevazione dei risarcimenti totali liquidati e di quelli riservati annualmente, permettendo anche di derivarne il costo medio per sinistro. Quest'azione garantirà, con la messa a regime del sistema, di disporre di dati oggettivi e non di stime approssimative fornite dalle compagnie assicuratrici. Le Aziende Sanitarie potranno così procedere, qualora ritenuto opportuno, alla stipula di Polizze con coperture confacenti ai rischi propri dell'Azienda, con costi oggettivamente proporzionati al trasferimento del rischio alla compagnia assicuratrice calcolati in base alla tipologia dell'Azienda. L'Intesa Stato-Regioni, rispetto al contenzioso esistente e potenziale che nasce e deriva da atti medici, incentiva inoltre la definizione e la messa in atto di soluzioni alternative". Un ultimo tema rilevante proposto dal testo, in questo caso per quanto riguarda la corretta gestione del Rischio clinico è rappresentata dall'introduzione nelle Strutture sanitarie del **farmacista di dipartimento**.

Un ultimo aspetto, trattato nell'ottavo capitolo, attiene la promozione del **giro per la sicurezza del paziente (Safety Walkaround)**. Un metodo che consente il concreto coinvolgimento e che si è dimostrato efficace sia per l'identificazione dei fattori di rischio correlati agli eventi avversi che alla individuazione e adozione di misure di contenimento e prevenzione. Il Giro per la Sicurezza del paziente (GISO) è una "visita che un gruppo di professionisti effettua presso un'unità operativa nel corso della quale, affiancato da personale della stessa, percorre corridoi e stanze, intervista alcune delle persone incontrate (dirigenti, operatori, pazienti, famigliari, volontari) e raccoglie informazioni su condizioni ritenute dagli intervistati fattori di rischio. Durante la visita il gruppo può riscontrare di persona alcune situazioni critiche e la sua presenza viene di solito percepita e vissuta dagli operatori come una manifestazione di partecipazione alle problematiche e soprattutto di condivisione dei problemi. Nel corso del Giro, inoltre, possono essere già identificate e discusse possibili misure da assumere per il miglioramento della sicurezza del paziente". **Y**

