

La valutazione del danno nell'anziano tra consenso scientifico e giurisprudenza

Massimo Montisci*, Giovanni Cecchetto*, Guido Viel*

SOMMARIO: 1. Introduzione. – 2. Gli orientamenti giurisprudenziali. – 3. Il documento di consenso multidisciplinare. – 4. Il ruolo del medico-legale tra giurisprudenza e consenso multidisciplinare.

ABSTRACT:

L'invecchiamento della popolazione mondiale rappresenta una sfida per i sistemi sanitari nazionali e gli operatori sanitari, compresi gli esperti medico-legali, che valutano i danni alla persona in un numero crescente di persone anziane. La valutazione del danno alla persona negli anziani è complessa e la scarsità di "prove" sta ostacolando lo sviluppo di linee guida formali sull'argomento. Gli obiettivi principali della Conferenza di consenso multidisciplinare sulla valutazione medico-legale dei danni alla persona nelle persone anziane sono stati quelli di aumentare le conoscenze sull'argomento e stabilire procedure standard in questo campo, identificando specifiche aree tematiche, esaminandone la letteratura e i documenti pertinenti e valutandone infine la qualità e le prove. Le raccomandazioni metodologiche formulate vanno quindi inserite nel recente contesto giurisprudenziale aperto dalla nota sentenza della Suprema Corte n. 28986/2019 e proseguito con le recenti pronunce n. 514/2020 e n. 32657/2021.

Ageing of the global population represents a challenge for national healthcare systems and healthcare professionals, including medico-legal experts, who assess personal damage in an increasing number of older people. Personal damage evaluation in the elderly is complex, and the scarcity of evidence is hindering the development of formal guidelines on the subject. The main objectives of the multidisciplinary Consensus Conference on Medico-Legal Assessment of Personal Damage in Older People are increased the knowledge on the subject and establish standard procedures in this field, identifying specific thematic areas, examining their relevant literature and documents, and finally assessing their quality and evidence. The methodological recommendations formulated must therefore be included in the recent jurisprudential context opened by the well-known judgment of the Supreme Court No. 28986/2019 and continued with the recent rulings No. 514/2020 and No. 32657/2021.

* Sede di Medicina legale, Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Padova, Via Falloppio 50, Padova.

1. Introduzione

Senectus morbus ipsa est. La nota frase dello scrittore latino Publio Terenzio Afro, nell'a. IV, scena 1a, della commedia *Phormio* (160 a. C.) trova ancor oggi piena attualità.

L'adeguato apprezzamento del danno biologico permanente in un soggetto anziano, di fatto con preesistenze menomative, cui derivi un maggiore pregiudizio dello stato psico-fisico in esito ad un fatto illecito, rappresenta da tempo una delle più complesse e controverse problematiche operative che ricorrono nell'attività medico-legale.

In due precedenti contributi^{1 2} pubblicati in questa stessa Rivista, si è affrontata la questione anche alla luce dei recenti orientamenti giurisprudenziali, approfonditi nel successivo paragrafo 2, evidenziando come, in assenza di presupposti condivisi dalla Comunità Medico-Legale italiana, siano andate delineandosi nel corso del tempo due metodologie di quantificazione, rappresentate dai cosiddetti “metodo tradizionale” e “metodo innovativo”, poi risolti dalla Suprema Corte con la nota novella n. 28986 dell'11 novembre 2019 della III Sezione civile (Relatore Rossetti), ponendo un nuovo (e forse definitivo) tassello nell'irrisolta questione inerente alla più appropriata metodologia valutativa.

Orbene, alla predetta pronuncia giurisprudenziale è seguito puntualmente un documento di consenso sull'argomento, recentemente pubblicato a livello internazionale³ ed oggetto di approfondimento al paragrafo 4, fornendo spunti applicativo-metodologici, utili all'approccio valutativo pragmatico squisitamente medico-legale.

2. Gli orientamenti giurisprudenziali

La nota sentenza della Suprema Corte n. 28986 dell'11 novembre 2019 della III Sezione civile, aprendo di fatto la strada a successive pronunce, ha consolidato l'orientamento giurisprudenziale in ambito civilistico sulla “concausalità dello stato anteriore” (Cass., n. 514/2020 e, recentemente, n. 32657/2021), affermando “il seguente principio di diritto:

1) lo stato anteriore di salute della vittima di lesioni personali può concausare la lesione, oppure la menomazione che da quella è derivata;

2) la concausa delle lesioni è giuridicamente irrilevante sul piano della causalità materiale;

3) la menomazione preesistente può essere concorrente o coesistente col maggior danno causato dall'illecito;

4) saranno “coesistenti” le menomazioni i cui effetti invalidanti non mutano per il fatto che si presentino sole od associate ad altre menomazioni, anche se afferenti i medesimi organi; saranno, invece, “concorrenti” le menomazioni i cui effetti invalidanti sono meno gravi se isolate, e più gravi se associate ad altre menomazioni, anche se afferenti ad organi diversi;

5) le menomazioni coesistenti sono di norma (e salvo specificità del caso concreto) irrilevanti ai fini della liquidazione;

6) le menomazioni concorrenti vanno di norma tenute in considerazione:

a) stimando in punti percentuali l'invalidità complessiva dell'individuo (risultante, cioè, dalla menomazione preesistente più quella causata dall'illecito), e convertendola in denaro;

b) stimando in punti percentuali l'invalidità teoricamente preesistente all'illecito, e convertendola in denaro; lo stato di validità anteriore al sinistro dovrà essere però considerato pari al 100% in tutti quei casi in cui le patologie pregresse di cui il danneggiato era portatore non gli impedivano di condurre una vita normale;

c) sottraendo l'importo (b) dall'importo (a), partendo dal valore (b);

7) resta imprescindibile il potere-dovere del giudice di ricorrere all'equità correttiva ove la rigida applicazione del calcolo che precede conduca, per

¹ BONVICINI, VIERO, MONTISCI, *La valutazione della preesistenza nel danno alla persona*, in questa **Rivista**, 2019, 377 ss.

² BONVICINI, RIGATO, MENOZZI, MONTISCI, *L'accertamento medico-legale delle preesistenze di malattia o menomazione alla luce della recente giurisprudenza*, in questa **Rivista**, 2019, 493 ss.

³ INGRAVALLO *et al.*, *Medico-legal assessment of personal damage in older people: report from a multidisciplinary consensus conference*, in *Int J Legal Med.*, 2020; 134, 2319 ss.

effetto della progressività delle tabelle, a risultati manifestamente iniqui per eccesso o per difetto"⁴. Pertanto, nell'affrontare l'annosa questione della valutazione dello stato preesistente, la Suprema Corte, riprendendo concetti dottrinari prettamente medico-legali (concorrenza versus coesistenza), ha ribadito, mediante l'applicazione dei criteri dettati dagli articoli 40 e 41 del Codice penale, l'impossibilità di riduzione proporzionale della responsabilità del danneggiante, quando la condotta umana (imputabile) si inserisca su concausa naturale (non imputabile). Sono pertanto irrilevanti, ai fini dell'accertamento del nesso di causalità materiale, eventuali preesistenze patologiche in capo alla vittima dell'evento lesivo che agisca da concausa di lesione.

Relativamente all'accertamento del nesso di causalità giuridica, in conformità ai criteri stabiliti dall'articolo 1223 del Codice civile, la valutazione delle conseguenze dell'evento lesivo in presenza di preesistenze patologiche deve attuarsi con l'applicazione del giudizio controfattuale, ovvero mediante *"lo stabilire col metodo c.d. della prognosi postuma, quali sarebbero state le conseguenze dell'illecito, in assenza della patologia preesistente"*⁵. Tale metodologia consente, limitando il rischio di ricorrere ad astrazioni definitorie, la distinzione tra quadri patologici pregressi che abbiano o meno concausato ovvero aggravato la menomazione (cosiddette menomazioni policrone concorrenti vs menomazioni policrone coesistenti). In quest'ultima evenienza, dette menomazioni risultano irrilevanti ai fini della valutazione del grado percentuale di invalidità permanente e, di conseguenza, della liquidazione monetaria, non avendo concausato né aggravato i postumi in esito all'evento lesivo. Nell'alternativa ipotesi, appare invece decisiva la condivisione di una metodologia di accertamento che miri alla definizione concreta del danno biologico, conseguente e all'illecito e alle eventuali condizioni patologiche preesistenti.

Tali assunti sono di fondamentale importanza: ciò che è demandato allo specialista medico-legale è la definizione, senza variazioni rispetto alle percentuali indicate dai *barèmes* medico-legali, del grado di invalidità permanente complessivo presentato dal danneggiato in esito all'evento lesivo e del grado di invalidità permanente antecedente ad esso. Ai fini della identificazione dei postumi risarcibili sul piano della causalità giuridica ex art. 1223 c.c. il giudice, assistito da una puntuale descrizione dell'iter logico seguito dallo specialista medico-legale, provvede alla liquidazione del danno biologico sottraendo il valore monetario corrispondente all'invalidità permanente pregressa all'evento lesivo, al valore monetario corrispondente all'invalidità permanente complessiva, essendogli comunque riservata la possibilità di ricorrere a valutazioni equitative ex art. 1226 c.c.

3. Il documento di consenso multidisciplinare⁶

L'invecchiamento della popolazione mondiale rappresenta una sfida per i sistemi sanitari nazionali e gli operatori sanitari. Tra gli Stati membri dell'Unione Europea, l'Italia ha il più alto numero di anziani nella popolazione totale (22,3%), seguita dalla Grecia (21,5%) e dalla Germania (21,2%)⁷. Questi numeri sono destinati ad aumentare nei prossimi anni. Ad esempio, si prevede che la percentuale di persone anziane salirà in Italia al 34% della popolazione totale entro il 2045-2050⁸. L'aumento della longevità e l'invecchiamento attivo sono associati a una maggiore incidenza di lesioni traumatiche nelle persone anziane. In Italia, il numero di incidenti stradali nelle persone sopra i 60 anni è quasi raddoppiato negli ultimi 30 anni (21.379 feriti nel 1987 contro 42.320 feriti

⁶ INGRAVALLO *et al.*, *op. cit.*

⁷ Eurostat (2019) *Population structure and ageing*, consultabile all'indirizzo: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing. Ultimo accesso 25 febbraio 2020.

⁸ Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) (2018) *Il futuro demografico del paese. Previsioni regionali della popolazione residente al 2065* (base 1.1.2017).

⁴ Cass., 9.11.2021, n. 32657.

⁵ Cass., 11.11.2019, n. 28986.

nel 2017)⁹. Le persone di età superiore ai 60 anni rappresentano il 36,5% del totale dei maschi e il 60,4% del totale delle pazienti di sesso femminile che accedono alle cure del Pronto Soccorso (PS) per lesioni accidentali e il 41,6% di tutti i pazienti che accedono alle cure nei per PS incidenti domestici¹⁰.

Tali rilievi investono ovviamente anche gli esperti medico-legali, che valutano i danni alla persona in un numero crescente di persone anziane, in particolare nel quadro giuridico della responsabilità civile. La valutazione del danno alla persona negli anziani è complessa e la scarsità di “prove” ostacola di fatto lo sviluppo di linee guida formali sull’argomento.

Gli obiettivi principali della prima Conferenza di consenso multidisciplinare sulla valutazione medico-legale del danno alla persona nelle persone anziane sono stati quelli di aumentare le conoscenze in materia e stabilire “procedure standard” utilizzabili pragmaticamente in questo ambito dal medico-legale. Il Comitato Tecnico Scientifico, secondo le linee guida emanate dall’Istituto Superiore di Sanità (ISS), con il supporto di società scientifiche nazionali, organizzazioni professionali e *stakeholder*, ha identificato le seguenti quattro aree tematiche:

1. differenze negli esiti delle lesioni nelle persone anziane rispetto ai più giovani e loro rilevanza nella valutazione del danno personale;
2. ricostruzione e valutazione dello stato preesistente;
3. procedure di esame medico-legale;
4. valutazione multidimensionale e scale.

Il documento ha esaminato la letteratura scientifica di riferimento ed i documenti pertinenti, ha valutato la qualità e quindi ha riassunto le prove per i diversi punti (i.e. aree tematiche identificate).

1. Diversi studi¹¹ dimostrano che la popolazione anziana sperimenta esiti peggiori per quanto riguarda la mortalità, le complicanze, lo stato funzionale e la qualità della vita rispetto a una popolazione più giovane. Diversi fattori, tra cui lo stato funzionale preesistente, contribuiscono ad aumentare il rischio di esiti sfavorevoli post-traumatici e di mortalità nelle persone anziane. Le prove disponibili sono rilevanti per la valutazione del danno alla persona per quanto riguarda l'*an* (causalità generale e individuale) ed il *quantum* (metodi per l'accertamento del danno e criteri di valutazione). Per quanto riguarda la *causalità*, queste linee di evidenza forniscono una base empirica imparziale per stabilire che, in media, gli esiti delle lesioni sono più gravi in un gruppo specifico di persone anziane rispetto al gruppo di riferimento composto da persone più giovani (*causalità generale*). Inoltre, queste linee di prova forniscono un supporto oggettivo nello spiegare la particolare gravità dei risultati in quella specifica persona anziana sottoposta a una valutazione medico-legale (*causalità individuale*). In questa valutazione, l'evidenza del meccanismo dannoso ha un ruolo chiave e dovrebbe sempre essere valutata nell'accertamento del nesso di causalità. La comprensione dei meccanismi causali dovrebbe essere fondamentale anche nel contesto della medicina basata sull'evidenza¹².

2. La ricostruzione dello *status* preesistente della parte lesa è essenziale¹³. Lo *status* preesistente implica “l'insieme delle condizioni fisiologiche e patologiche esistenti prima che accadesse l'evento medico-legale”. In generale, valutare la lesione senza

⁹ Automobile Club d'Italia (ACI)-Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) (2018) *Incidenti stradali anno 2017*.

¹⁰ BALDUCCI, FONDI, PITIDIS, SINIACA-IDB, ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (2013). *Sorveglianza di Pronto Soccorso degli Incidenti e della Violenza. Rapporto tecnico finale progetto SINIACA-IDB*.

¹¹ Vedi: - BROWN *et al.*, *Functioning and health-related quality of life following injury in older people: a systematic review*, in *Inj Prev.*, 2017, 23:403 ss.; - HILDEBRAND *et al.*, *Impact of age on the clinical outcomes of major trauma*, in *Eur J Trauma Emerg Surg.*, 2016, 42:317 ss.

¹² ANJUM, COPELAND, ROCCA, *Medical scientists and philosophers worldwide appeal to EBM to expand the notion of 'evidence'*, in *BMJ Evid Based Med.*, 2020, 25, 6 ss.

¹³ FERRARA *et al.*, MEMBERS OF THE IALM WORKING GROUP ON PERSONAL INJURY AND DAMAGE, *Padova charter on personal injury and damage under civil-tort law: medicolegal guidelines on methods of ascertainment and criteria of evaluation*, in *Int J Legal Med.*, 2016, 130, 1 ss.

considerare gli effetti che può esercitare sull'omeostasi generale (stabilità) della persona anziana è da considerarsi imprecisa. Infatti, in una persona anziana, anche una lesione lieve può causare conseguenze fisiche e psicologiche più gravi rispetto a una persona più giovane. Una valutazione multidimensionale dello stato di salute globale aiuta a prevedere gli esiti post-traumatici, indipendentemente dall'area corporea interessata. Al fine di ricostruire lo stato preesistente, è necessario indagare, oltre alle malattie e alle terapie preesistenti, i seguenti aspetti: istruzione, esperienze lavorative; fattori fisiologici (stile di vita inattivo, condizioni nutrizionali, obesità, stress, uso di alcol e tabacco, peso, disturbi della memoria); fattori clinici (patologie in atto o pregresse); autonomia nelle attività della vita quotidiana; svantaggio sociale; fragilità. La fragilità e le prestazioni fisiche (cioè mobilità e livello di indipendenza/autonomia) sono generalmente considerate i migliori indicatori dello stato di salute nella persona anziana. La ricostruzione dello stato preesistente dovrebbe basarsi solo su informazioni "oggettive": trattamenti in corso, opinione del medico di medicina generale, test di laboratorio e diagnostici, contesto familiare e autonomia personale (cioè vita indipendente, requisiti di cura, hobby).

3. La valutazione medico-legale della modifica dello *status* preesistente non dovrebbe basarsi solo su valutazioni standard, ma dovrebbe considerare l'effettivo impatto negativo della lesione sull'equilibrio omeostatico generale della persona, comprese le modifiche complessive dello stato preesistente della parte. Le persone anziane non devono essere considerate persone con disabilità e/o menomazioni se le loro condizioni generali, seppur fisiologicamente ridotte in vari ambiti rispetto ai più giovani, sono in linea con gli standard di età. Durante la valutazione del danno alla persona, le condizioni standard per le persone anziane corrispondono al valore massimo di integrità (100%) e la procedura di valutazione del danno dovrebbe fare riferimento a questo valore e determinare la relativa riduzione dell'integrità psicofisica a seguito dell'evento dannoso.

4. La valutazione multidimensionale (MDA) (spesso chiamata valutazione geriatrica completa o CGA) può identificare fattori che influenzano la

salute e lo stato funzionale della persona anziana anche quando il paziente ha cattive condizioni di salute auto-percepite. Sebbene manchino ancora criteri ben definiti per stabilire quali pazienti possano effettivamente beneficiare di un MDA, i criteri generali da considerare sono l'età e la presenza di comorbidità o sindromi geriatriche. Le valutazioni multidimensionali sono state a lungo utilizzate per lo studio epidemiologico della disabilità e per il riconoscimento dello *status* di handicap ai sensi della Legge n. 104/1992. Nella pratica medico-legale, la valutazione della gravità della menomazione in base ai livelli di gravità (come previsto, ad esempio, dalle Guide alla valutazione della compromissione permanente dell'*American Medical Association*), basata su scale MDA, dovrebbe essere obbligatoria soprattutto quando le funzioni biologiche primarie sono compromesse, o in caso di lesioni gravi che hanno conseguenze sull'intera persona.

Al termine dell'attività un panel di esperti multidisciplinare (15 membri) ha redatto le dichiarazioni di consenso.

4. Il ruolo del medico-legale tra giurisprudenza e consenso multidisciplinare

Inserendosi nell'articolato e recente percorso evolutivo dottrinale e giurisprudenziale, il documento di consenso multidisciplinare ha avuto il pregio di pronunciarsi in modo piuttosto netto soprattutto sul ruolo del medico-legale quando chiamato, in veste di consulente tecnico, ad esprimersi sull'accertamento del danno biologico permanente in soggetto anziano con pregresse menomazioni. Particolare insistenza al punto 3 (procedure dell'esame medico-legale) è posta sulla caratterizzazione dell'accertamento tecnico di competenza dello specialista; accertamento, come si è detto, da condursi sulla base di comprovate conoscenze scientifiche ed esperienziali, compiendo un netto discrimine dell'ambito di pertinenza tecnica medica, quale appunto la puntuale descrizione e l'apprezzamento del grado di menomazione permanente dell'anziano, vittima di illecito.

Preme sottolineare in questa sede come il tema dell'accertamento medico-legale del danno biologico sia cosa altra rispetto al profilo della liquida-

zione del danno stesso, poggiando su presupposti dottrinali e giuridici completamente differenti¹⁴: nel primo contesto, la puntuale descrizione delle condizioni patite dall'anziano in conseguenza dell'evento lesivo nonché delle “menomazioni preesistenti” è da condursi mediante valutazione complessiva sull'essere umano e sul suo stato di salute pari a 100, in entrambe i momenti (*ante e post iniuriam*). Spetterà invece al giurista – e si viene al secondo aspetto – il compito di circoscrivere quale sia l'effettiva entità del danno risarcibile, ricorrendo, peraltro, alla correzione equitativa qualora la rigida applicazione del calcolo differenziale conduca, per effetto della progressività delle tabelle, a risultati manifestamente iniqui per eccesso o per difetto.

Quando lo specialista medico-legale è chiamato a fornire descrizioni particolareggiate inerenti allo stato di salute anteriore all'illecito nell'anziano, emerge l'inevitabile difficoltà di desumere dati “oggettivi”. In quest'ottica la valutazione multidimensionale e, eventualmente, multispecialistica (tra tutti il geriatra) fornisce al tecnico criteri scientificamente condivisi e probatori. Esiste infatti un unanime consenso internazionale sull'insieme minimo di “aspetti” che dovrebbero essere valutati¹⁵ e sugli strumenti da utilizzare, ovvero:

- Stato clinico (comorbidità): Cumulative Disease Rating Scale; Indice Charlson;
- Stato funzionale: Attività di base della vita quotidiana BADL (Indice Katz, Indice Barthel) e Attività strumentali della vita quotidiana-IADL (scala Lawton-Brody);
- Stato cognitivo: breve questionario portatile sullo stato mentale, mini-esame dello stato mentale, test di disegno dell'orologio;
- Stato affettivo: Scala della depressione geriatrica (versione 15 o 5item);
- Interazioni sociali: Oslo-3 Social Support Scale.

Quando vengono riscontrate alterazioni specifiche, deve essere eseguita una valutazione di II livello, ad esempio con test neuropsicologici di II livello.

In alcuni casi, può essere utile una valutazione funzionale con misurazioni delle prestazioni fisiche, che meglio definiscono lo stato funzionale; i test più frequentemente utilizzati, che possono essere facilmente eseguiti in ambito ambulatoriale, sono:

- Test di velocità di andatura di quattro metri;
- Test Get-Up and Go;
- Batteria di prestazioni fisiche corte;
- Forza di presa.

In letteratura sono riportati diversi metodi di valutazione della fragilità: la “fragilità fisica” e la “fragilità cumulativa del deficit” sono i quadri concettuali più citati¹⁶. L'ambito della fragilità comprende il livello di riserva funzionale e la capacità omeostatica generale, utili per stimare lo stato di salute generale nella persona anziana.

Sic stantibus rebus, risulterà particolarmente arduo incasellare in termini rigorosamente percentualistici il complesso, sovente pluripatologico, delle preesistenze laddove, per le ragioni esposte sopra, non sarà possibile che esprimersi in termini meramente descrittivi.

In quest'ottica, coerentemente con i principi illustrati a livello internazionale nel novero della recente letteratura scientifica, la “rielaborazione” dell'attuale Sistema di operatività in tema di Valutazione del danno alla persona non può prescindere dalla preliminare identificazione di un “Modello Guida”, volto a garantire l'incremento della qualità, dell'appropriatezza e della sicurezza dei servizi assistenziali forniti al cittadino, la tutela dei diritti e della professionalità degli operatori sanitari, nonché il contestuale contenimento dei costi sostenuti.

È ad oggi unanimemente condiviso, sia a livello internazionale che nazionale, il principio Guida di pratica medico-sanitaria basata sulle “Evidenze”

¹⁴ Per tutti vedi BUZZI *et al.*, *Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni. Linee Guida per la valutazione medico-legale del danno alla persona in ambito civilistico*, Milano, 2016.

¹⁵ REUBEN, LEONARD, *Office-based assessment of the older adult*, consultabile all'indirizzo: www.uptodate.com/contents/office-basedassessment-of-the-older-adult, 2018.

¹⁶ WALSTON *et al.*, *Moving frailty toward clinical practice: NIA intramural frailty science symposium summary*, in *J Am Geriatr Soc.*, 2019, 67:1559-1564.

(c.d. *Evidence Based Medicine*), ovvero fondata sull'applicazione delle migliori metodologie, conoscenze e prassi operative derivanti dal consenso della Comunità Scientifica e Professionale di riferimento e basate su dati scientifici oggettivi, consolidati e comprovati a livello di efficacia (c.d. *"Piramide delle Evidenze"*, di crescente oggettività e valore probatorio).

Nel rispetto del metodo scientifico, la prassi operativa medico-legale deve "ispirarsi" a raccomandazioni metodologiche espresse in documenti elaborati dalla Comunità scientifica in forma di *"Linee Guida"* e *"Standard operativi"*, espressione della sintesi epicritica di dati scientifici di massima qualità desunti dalla letteratura, dei quali il citato documento di consenso rappresenta il "modello" per eccellenza.

A tal proposito si evidenzia l'importanza di attenersi a Linee Guida nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale da parte degli esercenti le professioni sanitarie recentemente sottolineata dal Legislatore nella Legge n. 24 del 08.3.2017, cosiddetta *"Gelli-Bianco"*¹⁷.

¹⁷ MONTISCI, VIERO, *Prospettive della responsabilità sanitaria alla luce della c.d. legge Gelli-Bianco (L. n. 24/2017). L'apporto medico legale*, in questa *Rivista*, 2018, 223 ss.

