

Caleidoscopio

Italiano



Mario Cicala, Ugo Dal Lago,
Paolo Vinci, Maurizio Maggiorotti

L'accusa di malpractice in ambito medico

Direttore Responsabile
Sergio Rassu

202

... il futuro ha il cuore antico  MEDICAL SYSTEMS SpA

EMERGING INFECTIOUS DISEASES

A Peer-Reviewed Journal Tracking and Analyzing Disease Trends

EID
Online

Foodborne Disease



Caleidoscopio

Italiano



Mario Cicala, Ugo Dal Lago,
Paolo Vinci, Maurizio Maggiorotti

A cura di A.M.A.M.I. (Associazione Medici Accusati di Malpractice Ingiustamente)

L'accusa di malpractice in ambito medico

Direttore Responsabile
Sergio Rassu

202

... il futuro ha il cuore antico  MEDICAL SYSTEMS SpA

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI



INFORMAZIONI GENERALI. *Caleidoscopio* pubblica lavori di carattere monografico a scopo didattico su temi di Medicina. La rivista segue i requisiti consigliati dall'International Committee of Medical Journal Editors. Gli Autori vengono invitati dal Direttore Responsabile. La rivista pubblica anche monografie libere, proposte direttamente dagli Autori, redatte secondo le regole della Collana.

TESTO. La monografia deve essere articolata in paragrafi snelli, di rapida consultazione, completi e chiari. I contenuti riportati devono essere stati sufficientemente confermati. E' opportuno evitare di riportare proprie opinioni dando un quadro limitato delle problematiche. La lunghezza del testo può variare dalle 60 alle 70 cartelle dattiloscritte ovvero 100-130.000 caratteri (spazi inclusi). Si invita a dattilografare su una sola facciata del foglio formato A4 con margini di almeno 25 mm. Usare dovunque doppi spazi e numerare consecutivamente. Ogni sezione dovrebbe iniziare con una nuova pagina.

FRONTESPIZIO. Deve riportare il nome e cognome dell'Autore(i) -non più di cinque- il titolo del volume, conciso ma informativo, la Clinica o Istituto cui dovrebbe essere attribuito il lavoro, l'indirizzo, il nome e l'indirizzo dell'Autore (compreso telefono, fax ed indirizzo di E-mail) responsabile della corrispondenza.

BIBLIOGRAFIA. Deve essere scritta su fogli a parte secondo ordine alfabetico seguendo le abbreviazioni per le Riviste dell'Index Medicus e lo stile illustrato negli esempi:

1) Björklund B., Björklund V.: Proliferation marker concept with TPS as a model. A preliminary report. *J. Nucl. Med. Allied. Sci* 1990 Oct-Dec, VOL: 34 (4 Suppl), P: 203.

2 Jeffcoate S.L. e Hutchinson J.S.M. (Eds): *The Endocrine Hypothalamus*. London. Academic Press, 1978.

Le citazioni bibliografiche vanno individuate nel testo, nelle tabelle e nelle legende con numeri arabi tra parentesi.

TABELLE E FIGURE. Si consiglia una ricca documentazione iconografica (in bianco e nero eccetto casi particolare da concordare). Figure e tabelle devono essere numerate consecutivamente (secondo l'ordine di citazione nel testo) e separatamente; sul retro delle figure deve essere indicato l'orientamento, il nome dell'Autore ed il numero. Le figure realizzate professionalmente; è inaccettabile la riproduzione di caratteri scritti a mano libera. Lettere, numeri e simboli dovrebbero essere chiari ovunque e di dimensioni tali che, se ridotti, risultino ancora leggibili. Le fotografie devono essere stampe lucide, di buona qualità. Gli Autori sono responsabili di quanto riportato nel lavoro e dell'autorizzazione alla pubblicazione di figure o altro. Titoli e spiegazioni dettagliate appartengono alle legende, non alle figure stesse. Su fogli a parte devono essere riportate le legende per le figure e le tabelle.

UNITÀ DI MISURA. Per le unità di misura utilizzare il sistema metrico decimale o loro multipli e nei termini dell'International system of units (SI).

ABBREVIAZIONI. Utilizzare solo abbreviazioni standard. Il termine completo dovrebbe precedere nel testo la sua abbreviazione, a meno che non sia un'unità di misura standard.

PRESENTAZIONE DELLA MONOGRAFIA. Riporre il dattiloscritto, le fotografie, una copia del testo in formato .doc oppure .rtf, ed copia di grafici e figure in formato Tiff con una risoluzione di almeno 240 dpi, archiviati su CD in buste separate.

Il dattiloscritto originale, le figure, le tabelle, il dischetto, posti in busta di carta pesante, devono essere spediti al Direttore Responsabile con lettera di accompagnamento. L'autore dovrebbe conservare una copia a proprio uso. Dopo la valutazione espressa dal Direttore Responsabile, la decisione sulla eventuale accettazione del lavoro sarà tempestivamente comunicata all'Autore. Il Direttore responsabile deciderà sul tempo della pubblicazione e conserverà il diritto usuale di modificare lo stile del contributo; più importanti modifiche verranno eventualmente fatte in accordo con l'Autore. I manoscritti e le fotografie se non pubblicati non si restituiscono.

L'Autore riceverà le bozze di stampa per la correzione e sarà Sua cura restituirle al Direttore Responsabile entro cinque giorni, dopo averne fatto fotocopia. Le spese di stampa, ristampa e distribuzione sono a totale carico della Medical Systems che provvederà a spedire all'Autore cinquanta copie della monografia. Inoltre l'Autore avrà l'opportunità di presentare la monografia nella propria città o in altra sede nel corso di una serata speciale.

L'Autore della monografia cede tutti i pieni ed esclusivi diritti sulla Sua opera, così come previsti dagli artt. 12 e segg. capo III sez. I L. 22/4/1941 N. 633, alla Rivista *Caleidoscopio* rinunciando agli stessi diritti d'autore (ed acconsentendone il trasferimento ex art. 132 L. 633/41).

Tutta la corrispondenza deve essere indirizzata al seguente indirizzo:

Restless Architect of Human Possibilities sas
Via Pietro Nenni, 6
07100 Sassari

Caleidoscopio

Italiano

Editoriale

E' consapevolezza comune di tutti i sanitari che le denunce ai medici in progressiva crescita e questa impressione è supportata dai dati oggettivi e dalla crescente evidenza che viene data nei mass media di denunce a carico di sanitari. Alcuni dati non ufficiali riportano una crescita del 148% nell'arco di circa dieci anni. Una prima conseguenza di questo fenomeno è stata la crescita del costo dei sinistri che è aumentato del 21% nel caso della responsabilità civile professionale medica e del 67% nel caso della responsabilità civile delle strutture sanitarie. Questa crescita è tuttavia ben poca cosa rispetto alla ricaduta sui comportamenti "protezionistici" che vengono assunti dai medici per tutelarsi ad ogni costo per ogni, anche impossibile, rischio. Accertamenti perfettamente inutili, consulenze ridondanti sono solo una degli aspetti che questo nuovo clima a maturato.

L'argomento, come ben si capisce è molto delicato e per scrivere questa monografia abbiamo invitato i responsabili della associazione che ha come *mission* proprio quella di prevenire lavorando sul fronte di una qualificazione continua del medico e su quello di un accrescimento della capacità dell'Azienda sanitaria a sostenere la qualità delle prestazioni attraverso quindi una corretta gestione del rischio.

Il Prof. Mario Cicala Presidente di sezione della Commissione Tributaria Provinciale di Roma, socio della Associazione Magistrati Tributaristi ha fatto parte del comitato provvisorio che ne ha gestito la costituzione. Ha una intensa esperienza di attività sindacale e di rappresentanza istituzionale, maturata nel Consiglio Superiore della Magistratura, di cui è stato componente nella tornata, e nella dirigenza della Associazione Nazionale Magistrati (di cui è stato più volte presidente e segretario generale), nella "commissione Fantozzi", della "commissione Vaccarella" per la riforma del diritto processuale civile. Consigliere della Corte di Cassazione, ha presentato alla Assemblea della Corte la proposta, approvata dalla Assemblea, di costituire una sezione specializzata tributaria all'interno della Corte. Ha pubblicato numerosi libri ed è stato professore incaricato di diritto pubblico presso la facoltà di ingegneria del Politecnico di Torino. Ha vinto nel 1986 il posto di professore universitario associato, ma ha optato per l'attività giudiziaria.

L'avvocato Ugo Dal Lago ha conseguito il diploma di Laurea presso la

Facoltà di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Padova. Iscritto all'albo degli Avvocati di Vicenza è abilitato al patrocinio davanti alla Corte di Cassazione. Lo studio omonimo, da lui fondato, si avvale della collaborazione di quindici professionisti che trattano ogni ramo del diritto vivente. Costituiscono aree di prevalente attività il diritto della responsabilità civile, il diritto sportivo, il diritto penale, il diritto commerciale e il diritto industriale. Oltre alla professione di avvocato, l'avv. Dal Lago ha dato vita, nel corso degli anni, a diverse attività e associazioni per lo studio del diritto. In particolare egli è: Presidente e cofondatore della "Associazione Guido Gentile per lo studio del danno alla persona da responsabilità civile" dal 1997 ad oggi. Socio fondatore della LES Italia (Licensing Executives Society). Socio fondatore della AAPI (Associazione Avvocati di Proprietà Industriale ed Intellettuale).-

L'avvocato Paolo Vinci si laurea presso la Facoltà di Giurisprudenza presso l'Università di Parma. Intraprende quindi l'attività professionale in proprio e parallelamente ottiene il diploma di laurea alla Scuola di Perfezionamento di Diritto e Procedura Penale costituita presso l'Università di Napoli quindi consegue il titolo di abilitazione al concorso di notariato. Vince il concorso di procuratore legale bandito presso la Corte d'Appello di Lecce. Da allora, con assoluta continuità e dedizione, professa sia nel campo civile sia in quello penale. L'attività professionale è orientata al diritto civile e a quello penale. In prevalenza verte sui temi del diritto assicurativo, della responsabilità civile, del risarcimento del danno e consegue l'abilitazione al patrocinio dinanzi alle Supreme Corti e Magistrature. Il Consiglio Superiore della Magistratura, lo nomina Vice Procuratore Onorario della Repubblica della Pretura Circondariale di Lecce.

Il dottor Maurizio Maggiorotti ha conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia e la Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia presso l'Università di Roma "La Sapienza". Ha svolto quindi servizio presso l'Ospedale della Marina Militare di Roma in qualità di U. M. Responsabile del Servizio di Ortopedia e Traumatologia e Fisioterapia per diventare successivamente Consulente Ortopedico Civile della Marina Militare. Ha prestato la Sua opera in qualità di assistente presso il Servizio di Chirurgia Elettiva di Alta Specializzazione del Dipartimento Ortopedico dell'European Hospital diretto dal prof. Wolfram Thomas. Attualmente è Responsabile Servizio Unità di Ortopedia della Casa di Cura Accreditata S. Luca in Roma. E' consulente tecnico delle Procura della Repubblica di Latina e di Velletri e del Tribunale Civile di Roma. Segretario Nazionale della Chirurgia Ortopedica Day Surgery, è Fondatore, e Presidente, dell'Associazione per i Medici Accusati di Malpractice Ingiustamente (A.M.A.M.I.).

Sergio Rassu

“Mission e Summa dell'attività al 2005”

Maurizio Maggiorotti

Chirurgo Ortopedico - Presidente A.M.A.M.I.

Oggi il cittadino/paziente attraversa un momento di grande disorientamento a causa dei messaggi contrastanti offerti dai media circa traguardi impensabili raggiunti dalla medicina, reali ma indisponibili al momento per tutta la popolazione, che alimentano grandi aspettative spesso deluse. Allo stesso tempo   allarmato da notizie di drammi personali accaduti a pazienti vittime di grossolani ed inescusabili errori medici.

In questa situazione i pazienti possono essere attratti da personaggi che, interessati solo al lucro, prospettano la possibilità di grandi guadagni attraverso richieste di risarcimento rivolte ai medici e/o alle strutture sanitarie nelle quali sono stati curati.

Nello stesso tempo i cittadini possono divenire oggetto della “medicina difensiva”, ossia di quella serie di scelte terapeutiche, che i medici operano a volte pi  per cautela giudiziaria che per reale convincimento scientifico.

I medici stanno vivendo un momento molto delicato, controllati dalla magistratura e giudicati ancor prima dalla stampa. Compresi tra la volontà di offrire le migliori cure ai pazienti e le decisioni degli organi di amministrazione economico-sanitaria che impongono loro i parametri a cui attenere ogni scelta terapeutica.

Parimenti si assiste ad una battaglia mediatica e giudiziaria contro la classe medica, troppo spesso accusata con leggerezza di “malpractice” sulle prime pagine dei giornali. E' ben noto che la gran parte dei sanitari sottoposti a giudizio verr  assolta perch  non colpevole, subendo comunque frustrazioni e stress giudiziari che determineranno danni incancellabili dal punto di vista morale e danni patrimoniali non trascurabili.

Altra problematica molto sentita dai medici   la disdetta della garanzia assicurativa. Infatti le Assicurazioni, indipendentemente dall'accertamento della responsabilit  del sanitario, operano la disdetta del contratto assicurativo ad ogni notizia di richiesta di risarcimento che giunge loro. Inoltre, offrono coperture per responsabilit  civile gravate da clausole e franchigie sempre pi  onerose e lamentando mancati guadagni (frutto di discutibili calcoli che considerano perdita gli importi “riservati” per i sinistri) attuano un aumento esponenziale dei premi per riassicurare i medici “disdettati” da altra compagnia. Si   arrivati al punto che un chirurgo stenta a trovare una compagnia che lo assicuri pur spendendo un premio che pu  superare una intera mensilit  dello stipendio.

Nel dicembre del 2002 a Roma, per volontà di un gruppo di amici medici e giuristi, è nata A.M.A.M.I. acronimo di Associazione per i Medici Accusati di Malpractice Ingiustamente, con un'unica "Mission": CONTRASTARE LE ACCUSE INFONDATE DI MALPRACTICE - rivolte sovente alla classe medica - PER RESTITUIRE SERENITÀ AL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE. L'Associazione opera, senza scopo di lucro, con il supporto di un board specialistico composto da specialisti delle varie branche della medicina e da un board legale costituito da giuristi esperti della materia e medici legali.

L'A.M.A.M.I. con oltre 30.500 associati si pone sul panorama nazionale come sicuro riferimento essendo l'Associazione medica più rappresentativa e la sola che si occupi concretamente ed unicamente di contrastare il fenomeno delle "frivolous lawsuit" (denunce prive di concreto fondamento).

Per raggiungere il fine prefissato e restituire serenità sia al cittadino/paziente che al medico A.M.A.M.I. ha individuato diversi strumenti ed ha ottenuto numerosi successi:

- Divulgazione della problematica che i medici stanno vivendo
- Rapporti di partnership con le Società Scientifiche, i Sindacati Medici, gli Ordini e con i rappresentanti dei Cittadini
- Pronto Soccorso Legale
- Creazione di un Osservatorio su base regionale del contenzioso paziente/medico
- Via stragiudiziale di risoluzione delle controversie paziente/medico
- Collegialità della consulenza medica e Conferenza Permanente di Specialità
- Impegno del Governo per la collegialità delle consulenze tecniche
- Interrogazione Parlamentare sulla problematica assicurativa
- Fondo vittime dell'alea terapeutica
- Affiancamento gratuito del medico nella citazione in giudizio dei responsabili di una azione infondata

Divulgazione della problematica che i medici stanno vivendo

L'Associazione si è adoperata per portare la propria iniziativa sui media al fine di porre sotto la giusta luce la classe sanitaria. Troppo spesso si leggono sui giornali notizie di supposti errori medici che poi si rivelano assolutamente prive di fondamento. L'Associazione si è impegnata sia per riportare sotto la giusta luce l'attività dei singoli operatori sanitari che per diffondere - più in generale - la problematica che stanno vivendo i medici, spesso oggetto di accuse immotivate, scaturite da propositi ben lontani dalla ricerca di giustizia. La voce dell'Amami è stata oggetto di numerosi articoli (68) sui

principali organi di stampa nazionale e divulgata attraverso interviste televisive e radiofoniche (16). Inoltre l'attività dell'A.M.A.M.I. sino ad oggi è stata presentata in 65 Congressi e Convegni medici e giuridici di altissimo profilo scientifico.

Rapporti con le Società Scientifiche, i Sindacati Medici e gli Ordini

Numerose Società e Sindacati medici hanno aderito all'AMAMI, iscrivendovi tutti i propri associati. Sino ad ora ciò si è verificato con:

- AOGOI (Associazione Ostetrici e Ginecologi Ospedalieri Italiani)
- SIRM (Società di Radiologia Medica)
- SICPRE (Società Italiana Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica)
- SICVE (Società di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare)
- CIMO ASMD (Associazione Sindacale Medici Dirigenti)
- Nuova ASCOTI (Associazione Sindacale Chirurghi Ortopedici e Traumatologi Italiani)
- SNR (Sindacato Nazionale Radiologi)

Inoltre abbiamo rapporti di partnership con la SIOT (Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia), con l'Anaao-Assomed - Dirigenti medici, con la FNOMCeO (Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri) ed in particolare con gli Ordini di Palermo, Latina, Ascoli Piceno, Firenze, Savona, Vicenza, Catania, Padova, Treviso, Taranto, Rieti e Belluno che, condividendo la nostra iniziativa, ci hanno dato i più ampi spazi per la divulgazione della "Mission".

Rapporti di partnership con i rappresentanti dei Cittadini

L'attività dell'Amami, attraverso l'opera di contrasto dell'accusa infondata, agisce nell'interesse del cittadino che deve essere curato da medici riappropriatisi della serenità necessaria e che non operino delle scelte terapeutiche condizionate più dalla paura di azioni giudiziarie che da reale convincimento. I rappresentanti di numerose associazioni rappresentanti i cittadini condivisa la nostra "Mission", ci stanno affiancando e supportando in azioni comuni volte a recuperare il vacillante rapporto medico-paziente. Grazie alla collaborazione con l'Osservatorio della Terza Età (O.T.E.) la voce dell'A.M.A.M.I. viene divulgata attraverso un quotidiano on line (Tuoquotidiano.it) che raggiunge circa 450.000 utenti.

Pronto Soccorso Legale

L 'A.M.A.M.I ha istituito presso la propria Sede Nazionale un servizio telefonico (06 8082454), fax (06 8072351) e mail (info@associazioneamami.it) per assistere gratuitamente i propri associati che volessero essere messi in contatto con un legale. Il Servizio, chiamato "Pronto Soccorso Legale" nasce dalla richiesta di alcuni colleghi che hanno avuto la necessità di essere ragguagliati al ricevimento inaspettato di una istanza risarcitoria o peggio da un avviso di garanzia. Scopo del Pronto Soccorso Legale è quindi quello di offrire all'associato una spiegazione tecnica dell' accaduto ed indirizzarne i primi passi in maniera corretta. Ad oggi il Pronto Soccorso Legale A.M.A.M.I. è stato interpellato in 107 casi.

Creazione di un Osservatorio Regionale del contenzioso

In Italia non esiste un organismo che operi al fine esclusivo di raccogliere e diffondere i dati del contenzioso paziente/medico e funzioni contemporaneamente da feed-back con le strutture ed i medici per la correzione e la prevenzione dell'evento.

Per riportare serenità nella cittadinanza, anche vittima occasionale della c.d. "medicina difensiva", permeata da scelte dettate più da cautela giudiziaria che da reale convincimento scientifico; **perchè le strutture sanitarie operino i necessari correttivi** al fine di garantire il malato; **perchè i medici non prendano decisioni dettate dalla paura** ma dalla reale necessità del paziente.

L'AMAMI, si sta facendo portavoce di un'istanza urgente per creare un Organismo regionale/nazionale che raccolga tutte le richieste di risarcimento e le denunce per supposti errori sanitari.

La sovraesposizione mediatica di questo periodo ha portato a guardare la sanità italiana sotto la lente deformata della malasani . Ci  postula la necessit  di sgombrare il campo da qualsiasi dubbio sulla reale portata quantitativa e qualitativa delle denunce proposte nei confronti dei medici e, quindi, indirettamente, del sistema sanitario nel suo complesso. E' nota la reiterata confusione che si continua ad operare tra malasani  e malpractice, a fronte di una realt  diversa che vede l'assoluzione dei 2/3 dei medici, ingiustamente accusati, con AZIONI LEGALI a fine risarcitorio PRIVE DI REALE FONDAMENTO.

Fino ad oggi, la quantificazione degli errori medici riportati dai media,   frutto esclusivo di libera interpretazione, operata sui dati diffusi dall'A.N.I.A. (Associazione Nazionale Imprese di Assicurazione) che considera acriticamente *sinistro*, ogni richiesta di risarcimento loro pervenuta. Si sommano cos 

le richieste in capo a più medici per lo stesso presunto errore e tutte le richieste che verranno comunque respinte o archiviate senza luogo a procedere. Questo sistema incontrollato di diffusione dei dati, non essendo stato sino ad oggi verificato in alcuna sede, fa sì che i cittadini che si affidano ad una struttura per riceverne le cure ed i medici che ivi prestano la propria opera professionale, vivano in un contesto "terroristico" improntato al dato, quasi quotidianamente riportato dai mass media, di "90 morti al giorno negli ospedali". Se il dato fosse vero dovremmo arrivare, in proiezione annuale, alla cifra di 32.850 morti l'anno, un dato di vittime pari a quello di un conflitto di media portata.

Tale significativa circostanza basterebbe, ex se, a motivare la improcrastinabilità di un Osservatorio del contenzioso paziente/medico.

Tale organismo dovrebbe essere composto da un rappresentante della Regione, uno dell'A.M.A.M.I. ed uno di una associazione dei cittadini prescelta e dovrebbe articolare la sua attività, in estrema sintesi, in tre fasi:

1) Raccolta della totalità delle richieste di risarcimento inviate alle strutture sanitarie e ai singoli medici

L'invio in tempo reale all'Osservatorio potrebbe essere sollecitato dall'Assessorato a mezzo direttiva o circolare indirizzata:

- alle Direzioni Generali e Sanitarie delle strutture pubbliche e private, Aziende Policlinico, etc. (considerato che la gestione del rischio clinico è obiettivo di budget),
- agli Ordini dei Medici per veicolare il sollecito ai singoli iscritti, perchè si facciano parte attiva mediante l'invio dei dati relativi alle richieste di risarcimento.

Nei confronti degli uffici sinistri delle compagnie assicuratrici e dei singoli cittadini, il sollecito alla trasmissione delle richieste risarcitorie ricevute e/o proposte potrebbe avvenire mediante lettera aperta cui dare la massima diffusione attraverso i mass media o altro sistema.

AMAMI e associazione dei cittadini solleciterebbero i propri iscritti ad una immediata ed efficace collaborazione mediante identica trasmissione (attraverso numero verde) delle - avvenute - richieste risarcitorie.

2) Esame dei dati finalizzato alla creazione di un data base assoggettato alle norme sulla privacy

Mediante catalogazione delle denunce per tipologia di contenzioso, di segnalazioni raccolte, di verifica della sussistenza dei necessari e corretti supporti medico-legali a corredo di ogni richiesta risarcitoria, etc.

3) Monitoraggio dei singoli contenziosi

Seguendo l'iter del contenzioso sino alla sua definizione e rilevazione

finale dell'esito del procedimento con pubblicazione finale, in forma anonima, dei dati rilevati in ordine al "reale contenzioso"

A quest' Organismo dovranno quindi pervenire le segnalazioni da tutte le strutture sanitarie, dai medici, dagli Ordini, dalle compagnie d'assicurazione e volontariamente dai cittadini.

Si otterrà così:

- correttezza dei dati
- feed back positivo con tutti gli operatori sanitari che saranno informati degli eventi e potranno mettere in atto dei correttivi per evitare che questi riaccadano
- attenzione specifica sulle aree sanitarie più critiche
- evidenza delle reali aree di eccellenza.

Via stragiudiziale di risoluzione delle controversie paziente/medico e Accordo Arbitrale AMAMI

Abitualmente un processo civile, volto al risarcimento economico di danni fisici, dura diversi anni ed espone il medico ed il paziente ad attesa lunga e snervante e costa allo Stato decine di migliaia di euro. Traendo spunto dall'esperienza austriaca e tedesca ed in accordo con quanto avviene per le altre professioni è doveroso prevedere una norma che imponga un tentativo di risoluzione di tali controversie al di fuori dalle aule dei Tribunali. A tale proposito è in discussione un Testo sulla conciliazione stragiudiziale (DISPOSIZIONI PER LA PROMOZIONE DELLA CONCILIAZIONE STRAGIUDIZIALE C. 5492) che all'art. 6 prevede l'obbligatorietà del tentativo di risoluzione in via extragiudiziale della conflittualità paziente/medico per importi non superiori i 100.000 euro. Testo attualmente fermo in Commissione Giustizia dal 6 aprile 2005, nonostante i pareri favorevoli o favorevoli con osservazioni delle altre Commissioni. Seguiamo l'iter parlamentare con grande interesse.

Nell'attesa dell'agognata approvazione è stato definito il testo di un "Accordo Arbitrale AMAMI" mirante alla deflazione del contenzioso che, molti colleghi inseriscono abitualmente in ogni cartella clinica e viene offerto alla firma del paziente. L'utilizzo abituale di tale Accordo, riduce il ricorso alla Giustizia Ordinaria e garantisce in tempi celeri una tutela effettiva dei pazienti nei casi di reale errore sanitario. Prevedendo un risarcimento economico dei danni subiti entro 180 giorni.

Collegialità della consulenza medica e Conferenza Permanente di Specialità

(www.conferenzaspecialita.org - info@conferenzaspecialita.org)

L'evoluzione e la superspecializzazione della medicina da un lato e le aumentate richieste risarcitorie dall'altro impongono, oggi più che mai, un'impeccabile valutazione tecnica dell'operato del sanitario chiamato in giudizio. Ciò deve essere attuato tramite l'utilizzo di consulenze di altissimo profilo tecnico scientifico ed assolutamente indiscutibili, per ogni specialità coinvolta. Troppo spesso si assiste a processi incardinati sulla base di consulenze tecniche prive della necessaria competenza tecnico-scientifica che saranno poi ribaltate in giudizio. Consapevoli della difficoltà, per i magistrati, di reperire specialisti di competenza realmente pari o superiore al medico indagato, i rappresentanti di numerose specialità scientifiche si sono resi disponibili ad indicarne ogni volta, su tutto il territorio nazionale, per ogni singolo evento e su richiesta specifica. Si è costituita nell'anno 2004, grazie alla partecipazione dei presidenti delle Società Scientifiche italiane - la Conferenza Permanente di Specialità - Organismo avente lo scopo di porsi al servizio dei Magistrati inquirenti e giudicanti per indicare specialisti e "superspecialisti", da affiancare al medico legale, in ogni caso di presunta responsabilità professionale medica, su tutto il territorio nazionale. Numerose Procure della Repubblica e Tribunali Civili in varie regioni italiane hanno dimostrato il gradimento dello strumento, utilizzandolo più volte per richiedere i nominativi di specialisti e superspecialisti da affiancare al medico legale, in altrettanti casi di supposta *malpractice*.

Hanno aderito, fino ad oggi, numerose Specialità con i loro rappresentanti:

Balacco Gabrielli C.	Presidente SOI	OFTALMOLOGIA
Beltrutti D.	Presidente I-WSPC	PATOLOGIA DEL DOLORE
Chiantera A.	Segr. Nazionale AOGOI	GINECOLOGIA
Cipolletta L.	Presidente SIED	ENDOSCOPIA DIGESTIVA
Cricelli C.	Presidente SIMG	MEDICINA GENERALE
Dalla Palma F.	Presidente SIRM	RADIOLOGIA
De Nicola	Presidente Nuova Ascoti	SINDAC. ORTOPEDICO
Di Felice G.	Presidente ISSE	ENDOSC. AREA CHIRURGICA
Faldini A.	Presidente SIOT	ORTOPEDIA TRAUMATOL.
Ferrari A.M.	Segretario SIMEU	EMERGENZA URGENZA
La Bianca R.	Presidente AIOM	ONCOLOGIA MEDICA
Manfredi M.	Presidente SIN	NEUROLOGIA
Mora E.	Presidente SIOeCh CF	OTORINOLARINGOIATRIA
Nappi O.	Presidente IAP	ANATOMIA PATOLOGICA
Nardocci F.	Presidente SINPIA	NEUROPSICH. INFANTILE

Palombo D.	Presidente SICVE	CH. VASCOLARE
Ostini G	Presidente SICPRE	CH. PLASTICA RICOSTRUTT.
Schena F.	Presidente SIN	NEFROLOGIA
Tomasello F.	Presidente SINch	NEUROCHIRURGIA

Impegno del Governo per la collegialità delle consulenze tecniche

Su proposta AMAMI, sull'argomento, il primo dicembre 2004 il Governo ha accettato l'ordine del giorno (nella seduta n. 553 n. 9 / 4636 - bis - B / 3) proposto dagli Onorevoli Milanese - Baiamonte e si è impegnato a prevedere:

- *omissis... che le consulenze di parte richieste per l'avvio istruttorio dei procedimenti siano redatte in collegialità con il medico-legale, sempre da un professionista specialista della particolare materia tema del contendere ed avente dignità tecnico-scientifica pari o superiore al medico sottoposto a giudizio e siano giurate; ad emanare direttive che indichino criteri omogenei ed obiettivi nella scelta dei consulenti e dei periti da parte dei magistrati.* - *omissis* -

Attendiamo le promesse normative.

Problematica assicurativa R.C.P. e Interrogazione Parlamentare

Una delle problematiche che maggiormente affligge i medici, negli ultimi tempi ed incide sul sereno svolgimento della propria attività professionale è la della disdetta della garanzia assicurativa.

In questo momento, nel settore della responsabilità professionale medica, si è creato un enorme divario tra l'orientamento giurisprudenziale penale e quello civile. In ambito penale 2 medici su 3 vedono (dopo un calvario giudiziario difficilmente risarcibile) arrivare l'assoluzione per i fatti loro contestati. Di contro nelle aule della Giustizia Civile, sempre più spesso, viene accolta la richiesta di risarcimento proposta dal paziente. Questa tendenza ha fatto sì che le compagnie di assicurazione - essendo imprese tenute a produrre utili - si siano cautelate in modo sempre più palese. Così hanno introdotto numerosissime clausole vessatorie all'interno dei contratti per le polizze di responsabilità civile professionale. Le più lesive per i medici sono state:

- quelle sulla disdetta della garanzia assicurativa all'arrivo di una richiesta di risarcimento (poichè considerato ipso-facto *sinistro*) indipendentemente dall'esito dell'eventuale processo. Più colleghi raggiunti da un avviso di garanzia per un solo evento (che magari verrà archiviato) potranno essere disdetti dall'assicurazione *per sinistrosità*.

- il passaggio dal regime *loss occurrence* a quello *claims made* con retroattività limitata. Per cui un collega disdetto da una compagnia, nel riasicurarsi non sarà protetto da una richiesta che riguardi un evento accaduto 3 anni prima (anche se in quel periodo godeva di garanzia assicurativa).
- *i massimali aggregati* per le aziende ospedaliere. Ossia una cifra disponibile non solo per anno assicurativo ma che riguarda la totalità dei dipendenti di una stessa azienda. E' quindi verosimile che un sinistro notificato verso gli ultimi mesi dell'anno non abbia la necessaria copertura.

Nell'ottobre 2005 è stata presentata, dagli onorevoli Cola, Ercole, Francesca Martini, Ricciotti, Porcu, Castellani, Lisi e Massidda, una **interrogazione parlamentare** rivolta al Ministro delle Attività Produttive ed al Ministro della Salute che nei suoi passaggi fondamentali recita:

...Per sapere - premesso che l'AMAMI, attraverso il suo presidente ha denunciato che: ... le Compagnie hanno incrementato i premi ...hanno inserito franchigie, ... modificato le condizioni di polizza..... rifiutato l'indennizzo ... applicato diritto di recesso ...quali iniziative intendano assumere per tutelare una così vasta categoria di professionisti che hanno come missione la salute dei cittadini ...

Fondo vittime dell'alea terapeutica

I risultati della scienza medica sono a volte inficiati da complicanze assolutamente imprevedibili, imprevuibili ed incomprimibili e si verificano dei risultati diversi da quelli sperati sia dal medico che dal paziente, per cause indipendenti dall'operato del sanitario. Si può assistere al manifestarsi di complicanze causate da motivi vari quali ad esempio, differenti risposte dell'organismo a trattamenti che sortiscono l'effetto sperato nel 99% dei pazienti ma non in tutti. Tipico esempio è l'infezione di un impianto protesico che si può verificare nonostante siano state osservate tutte le norme di asepsi intra e postoperatoria non disgiunta da una appropriata antibioticoterapia. Riteniamo profondamente giusto che i malati, che si trovino in una situazione del genere, vengano risarciti senza dover iniziare una vicenda processuale dall'esito incerto e che vedrà al centro dell'attenzione il medico probabilmente incolpevole. Per risarcire i pazienti vittime delle complicanze incomprimibili ed imprevedibili insite nelle cure è necessario che gli organi di Governo creino, sul modello francese, un Fondo a tale fine. E' nostro impegno portare tale istanza nelle sedi appropriate.

Citare in giudizio i responsabili dell'ingiusta accusa

Troppo spesso si assiste a "litigation" giuridiche ben lontane dal fine di Giustizia ma che muovono esclusivamente dalla volontà di guadagno economico da parte degli attori che le hanno proposte e/o dei personaggi che ruotano loro attorno. Per contrastare questa innegabile tendenza, nei casi di contenzioso palesemente infondato, si è ritenuto di affiancare - gratuitamente - l'associato affrancato da ogni accusa, al fine di ristoro della vittima dalla scellerata azione ed anche a fine di deterrente.

Perchè un'assoluzione sia di interesse per A.M.A.M.I. è necessario che si verifichino i seguenti presupposti:

- il medico sia stato assolto (o la domanda rigettata) con sentenza passata in giudicato
- l'azione sia stata mossa (o l'elaborato redatto) a spregio della verità scientifica
- sia evidente il danno patrimoniale e/o extrapatrimoniale patito dal medico

Quindi, citare in giudizio i responsabili di una azione legale priva di fondamento scientifico che si è conclusa con l'assoluzione del medico ma ne ha determinato l'onta e l'innegabile stress cui l'operatore sanitario è stato sottoposto. L'azione risarcitoria intentata dall'associato, affiancato dai legali dell'Associazione, inizia sempre a seguito di richiesta da parte di un sanitario assolto in giudizio e che ritiene di essere stato vittima di accuse ingiuste. Il Consiglio Direttivo dell' A.M.A.M.I., conosciuti gli atti ed ascoltato il parere preventivo dei consulenti del Board Specialistico e del Board Legale, decide se intraprendere o meno l'azione al fianco del sanitario. In caso positivo, supporta il giudizio interamente, senza richiedere alcun onere all'assistito che devolgerà alle casse dell'Associazione un compenso percentuale di quanto, eventualmente, venisse stabilito dal giudice.

Ad oggi sono stati **esaminati 36 casi** giunti a sentenza di assoluzione e tra questi, in solo 6 casi si è ritenuto di poter procedere ad affiancare gratuitamente l'associato per il ristoro del torto subito.

A.M.A.M.I.

Associazione per i Medici Accusati di Malpractice Ingiustamente
Sede Nazionale: Via Giovanni Antonelli, 47 00197 Roma - Tel. 06 8082454
Fax 06 8072351
www.associazioneamami.it
info@associazioneamami.it

Dalla medicina al diritto

Prof. Mario Cicala, Consigliere della Corte di Cassazione

E' proprio di tutte le collettività umane elaborare strumenti morali, religiosi, giuridici che assicurino un ristoro a colui che venga investito da un qualche pregiudizio della vita. Nella nostra società, caratterizzata da una forte presenza di apparati pubblici e da una notevole disponibilità di mezzi, assistiamo ad una continua dilatazione degli strumenti di carattere giuridico volti a raggiungere questo scopo. Dunque appare sufficiente dar atto che gli strumenti cui ho alluso possono essere sommariamente classificati in due filoni, a seconda che si ispirino a principi di solidarietà o di responsabilità.

Nel caso in cui si faccia riferimento a criteri di solidarietà, l'onere economico viene posto a carico di un soggetto che non ha alcuna responsabilità nella causazione del nocimento: come accade per il familiare tenuto a somministrare alimenti ed assistenza al parente caduto in bassa fortuna o allo Stato che corrisponde all'invalido una pensione.

Mentre, ove si discorra di responsabilità, il ristoro del pregiudizio patito dalla "vittima" viene accollato ad un soggetto ritenuto "colpevole" del danno, nei cui confronti il risarcimento assume una connotazione punitiva.

Le due vie non sono nettamente distinte e separabili; in realtà la spinta psicologica a garantire un qualche sollievo a chi ha subito un "rovescio di fortuna" spinge sovente i giudici ad essere più severi nell'accollo delle responsabilità.

Ciò è ben noto ad ogni avvocato penalista il quale, dovendo difendere un imputato per lesioni o omicidio colposo, tenta di chiudere il contenzioso con il danneggiato prima del giudizio, in modo che sia psicologicamente più agevole per il giudice emettere una sentenza di assoluzione che non arreca alcun pregiudizio alla vittima.

Per altro verso, gli strumenti di assicurazione per la responsabilità civile, quali la responsabilità concorrente di enti collettivi (ad esempio delle aziende ospedaliere) tendono ad avvicinare la responsabilità civile alla solidarietà: il risarcimento non grava cioè un singolo colpevole ma viene erogato, almeno in prima battuta, da un ente impersonale: la assicurazione, l'azienda. E ciò rende meno percepibile il carattere "punitivo" del risarcimento.

La realtà economica non consente però, neppure in una società opulenta come la nostra, di socializzare ogni danno attraverso forme assicurative o di responsabilità collettiva, non foss'altro perché i costi lieviterebbero in misura intollerabile. Quindi noi vediamo che in alcuni settori, come in quello dei

danni da cattivo funzionamento dell'apparato giudiziario, la legge riduce al minimo le possibilità di risarcimento per i danneggiati, limitandole al settore della "ingiusta detenzione", ed ora della "irragionevole durata dei processi".¹

Ma non essendo questo il tema centrale di questa trattazione vediamo quali sono allo stato attuale i rapporti fra responsabilità civile ed attività professionale, alla luce della odierna tendenza alla espansione della responsabilità civile.

Si dilatano le frontiere delle condotte definite illecite da cui può derivare l'obbligo del risarcimento e se ne facilita la prova. Ricordiamo solo qualche esempio: il risarcimento per mobbing, per fumo passivo... Figure un tempo sconosciute.

Nel contempo, si dilata l'ambito dei soggetti che possono chiedere il risarcimento e la misura del risarcimento stesso. Si ammettono al risarcimento pregiudizi in passato trascurati: i danni nelle relazioni sociali le perdite di chances (su cui ad esempio Cass. 21 luglio 2003, n. 11322). In buona sostanza: cresce il numero delle condanne al risarcimento, ed aumenta l'ammontare delle cifre liquidate ai danneggiati. Non solo, la speranza di risarcimenti sempre maggiori, di nuovi profili di responsabilità, un clima generale favorevole ai risarcimenti, diffuso nella società, stimolano il moltiplicarsi di controversie, incoraggiano l'apertura di cause che risulteranno infondate, ma determineranno pur sempre effetti di considerevole rilievo.

L'effetto di questa evoluzione è diverso a seconda dei settori in cui incide e dei soggetti su cui grava.

Per le imprese il pregiudizio maggiore è costituito dalla "sorpresa" che questa evoluzione determina. L'impresa è sorta ed ha operato in un certo quadro di possibili responsabilità civili; si trova invece ad affrontare risarcimenti imprevisti, che non sono entrati nei suoi calcoli economici. Se avesse previsto avrebbe potuto far fronte: provvedendo ad un maggior accumulo di riserve (attraverso un più alto prezzo di vendita del prodotto), o con un diverso metodo di produzione, al limite con la rinuncia ad attività produttive che si rivelano non redditizie.

Ma "a bocce ferme", definiti i confini della "nuova" responsabilità civile, l'impresa può adeguarsi ad un sistema più rigoroso.

Se si tratta poi di servizi indispensabili (come quelli sanitari ed ospedalieri) potrà accadere che le imprese private si ritirino dal settore (o comunque dalle attività più rischiose) e la mano pubblica sia costretta ad assumere la

¹ Ma questa "esenzione" scricchiola sotto la spinta della giurisprudenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo e della evoluzione della giurisprudenza nazionale che ha fatto cadere il principio secondo cui erano solo eccezionalmente risarcibili i danni arrecati dalla pubblica amministrazione nell'esercizio dei suoi poteri pubblici.

gestione diretta del servizio. In altri casi si assisterà semplicemente alla cessazione di una attività troppo pericolosa.

Diverso è l'impatto della evoluzione della responsabilità civile e dell'aumento di una contenziosità spesso astiosa, sull'operatore singolo.

Entra in primo luogo in gioco il "trauma da controversia giudiziaria", spesso accompagnata da una dirompente pubblicità. Per il singolo che vede messa in discussione la sua capacità professionale risulta difficile proseguire serenamente la sua vita di sempre. Ciò ben prima che la sua posizione sia definita con una sentenza, ed anche -quasi direi soprattutto- se verrà definita con un'assoluzione, che non annullerà il "danno da processo" (si pensi alla ipotesi tutt'altro che peregrina che il risarcimento versato dopo una sentenza di condanna di primo grado non possa essere recuperato dopo la sentenza di assoluzione di secondo grado). Di qui la necessità di prospettare forme accelerate di definizione del risarcimento attraverso procedure arbitrali.

Il pericolo di soccombenza porta poi con sé il timore di conseguenze penose di carattere penale, professionale, e civile. Anche se assicurato nel modo più completo e sicuro, il privato teme che la assicurazione modifichi le condizioni del contratto o si rifiuti di rinnovarlo; e comunque anche in caso di assoluzione il convenuto-querelato non potrà sfuggire a spese e fastidi. Vorrei definire gli effetti che la controversia può assumere sulle prestazioni professionali del soggetto coinvolto e -indirettamente- della categoria cui appartiene. Voglio cioè pormi dal punto di vista dell'utenza.

E' ovvio che gli effetti del processo sono -per l'utenza- positivi (o prevalentemente positivi), quando la responsabilità colpisce comportamenti palesemente negligenti. Il che più facilmente si verifica quando la attività professionale -o un settore di essa- può essere utilmente regolata mediante "normative" o "protocolli"; e la responsabilità colpisce la violazione di questi "protocolli".

Si pensi alla ipotesi del professionista tecnico che deve curare l'installazione di un complesso impianto elettrico, o di riscaldamento: può prendere in mano la "normativa" CEI ed UNI ed adeguarsi. Si pone così al riparo dalle responsabilità con una condotta che -nella normalità dei casi- appare essere anche la più utile per l'utente del servizio (anche se può dar luogo a defatiganti ottusità burocratiche).

Ma vi sono professioni, o meglio settori di attività professionali, ove anche -ma non solo- per ragioni di urgenza, la scelta del professionista ha una forte componente intuitiva, ove non c'è diligente raccolta di dati, conoscenza di protocolli, che risolva automaticamente i problemi.

In queste attività il pericolo della responsabilità rischia di innescare atteggiamenti che, per eccesso di prudenza, si rivelano negativi; ancorché non suscettibili, o molto difficilmente suscettibili di costituire fonte di responsa-

bilità. Anzi, proprio la fuga dalla responsabilità legale può divenire fonte di comportamenti non apprezzabili nell'attività professionale. Comportamenti che rischiano di diffondersi poiché recenti statistiche dicono che ogni medico ha otto probabilità su dieci di incappare in un processo nel corso della sua attività professionale (ANSA 31 Gennaio 2004).

Si pensi - sempre per restare nel settore medico- ad un eccesso di prudenza nel disporre analisi ed esami, nel prescrivere il ricovero ospedaliero. Ad un eccesso di attenzione alla compilazione della cartella medica, che induca a trascurare il paziente.

Una situazione di questo genere ha avuto pieno riconoscimento in relazione alla categoria professionale dei magistrati, cui mi onoro di appartenere.

La legge 117/1988 ha circoscritto la responsabilità civile dei giudici entro limiti talmente angusti da renderla sostanzialmente quasi inesistente; (si parla di non più di due-tre condanne dello Stato al risarcimento in 15 anni!).

E proprio la preoccupazione che il timore della responsabilità civile inducesse il magistrato ad atteggiamenti incerti, timidi e dilatori, è stato uno degli argomenti che hanno indotto un parlamento -certo non ben disposto nei confronti della magistratura- ad approvare una legge così restrittiva nei confronti dei danneggiati (e così favorevole ai magistrati).

Con analoghi argomenti, anche i giornalisti sembra possano presto ottenere l'approvazione di una legge che circoscriva la loro responsabilità civile, specie sotto il profilo quantitativo (la discussione di numerosi disegni di legge in materia è all'esame della Commissione Giustizia della Camera che il 2 aprile 2003 ha adottato come base di discussione un testo unificato muovendo da più progetti, il primo C 26, l'ultima seduta di discussione risulta fissata il 3 dicembre 2003).

In questa evoluzione legislativa è però incombente il pericolo che si accrescano i pregiudizi da processo a carico di categorie -come appunto i medici- che possono ricevere considerevole nocimento dalla intempestiva diffusione di notizie - in teoria-coperte da segreto giudiziario- e da commenti erronei ed avventati, o anche solo esagerati. I medici (ed in genere i cittadini) rischiano cioè di costituire l' "anello debole" fra una magistratura che non rispetta i vincoli del segreto e della riservatezza ed un giornalismo sempre meno timoroso delle conseguenze legali di ciò che diffonde e pubblica.

Si tratta quindi di dare rilevanza al danno cagionato al professionista dalla notorietà di un processo conclusosi con una assoluzione e di individuare i motivi che hanno provocato un aumento della chiamata in giudizio senza giusta causa di questa categoria professionale

Queste considerazioni mi pare confermino l'opportunità di iniziative, come quelle intraprese dalla associazione AMAMI, al fine di sensibilizzare la comunità medico-scientifica, la magistratura e l'opinione pubblica per inter-

venire in Parlamento sulla tematica delle responsabilità connesse alle varie attività professionali, chiedendo una maggiore e specifica considerazione delle difficoltà cui è esposto il mondo medico (è doveroso qui il richiamo al disegno di legge S108, relativo alle responsabilità civili nell'ambito ospedaliero, di cui è proponente il senatore Antonio Tomassini, approvato con emendamenti dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato il 17 maggio 2002).

La sensibilizzazione nei confronti del legislatore costituisce, del resto, solo un profilo della complessa attività culturale e pratica di questa associazione, cui auguro la miglior fortuna nell'interesse della giustizia e di noi utenti del servizio medico-sanitario.

Caleidoscopio *Italiana*



Giorgio Casati, Eva Marchese, Vincenzo Roberti,
Maria Cristina Vichi

La gestione dei processi clinico assistenziali per il miglioramento delle prassi

Direttore Responsabile
Sergio Rasso

200

... il futuro ha il cuore antico  MEDICAL SYSTEMS SpA

I danni al medico colpito dall'ingiusta accusa di malpractice

Avv. Ugo Dal Lago - Foro di Roma

1. L'accusa di *malpractice*

Il sostantivo inglese *malpractice* esprime bene l'offensività di tale accusa: il dizionario Zanichelli traduce tale termine come "*malcostume*", "*illecito civile*", "*disonestà*", "*negligenza*", "*imperizia*", "*terapia sbagliata*", traduzioni queste della stessa parola inglese che si sovrappongono nella prassi giudiziaria!

Questa infamante accusa colora in modo particolare le diverse categorie di danno sopra evidenziate, che vanno ovviamente adattate alla singola vicenda e ai suoi diversi risvolti umani.-

Dalla particolarità della fattispecie generatrice del danno derivano una serie di conseguenze altrettanto particolari, che passiamo ad esaminare.-

2. Subire il processo

Il sistema italiano della responsabilità civile ha il suo perno, come si è visto, nell'art. 2043 C.C.; ma esiste un'altra norma che può essere applicata al nostro caso, quando nei confronti del medico innocente si incardini un procedimento civile che i giuristi definiscono temerario.-

Si tratta dell'art. 96 C.P.C., norma del codice di rito della quale spesso si chiede a sproposito l'applicazione, ma che trova applicazione solo in rarissimi casi.-

Secondo l'art. 96 C.P.C.: "Se risulta che la parte soccombente ha agito o resistito in giudizio con mala fede o colpa grave, il giudice, a istanza dell'altra parte, la condanna, oltre che alle spese, al risarcimento dei danni, che liquida, anche di ufficio, nella sentenza".-

Come ha attentamente osservato uno degli intervenuti² al Convegno organizzato nell'Ottobre scorso dall'Associazione Guido Gentile a Vicenza:

² G. Giusti, *Processo e danno esistenziale*, intervento al Convegno *Il danno esistenziale: tra-guardo di un percorso tormentato*, tenutosi a Vicenza il 3-4 Ottobre 2003 (atti in corso di pubblicazione).

"la nozione di danno esistenziale potrà dare impulso alla responsabilità processuale, permettendo di risarcire non solo il danno patrimoniale sofferto per "l'ingiusto processo civile", ma, soprattutto, il danno non patrimoniale, ossia la "diversa agenda" della vita che il subire il processo ha portato.

Si intuiscono le potenzialità della applicazione del danno esistenziale al processo civile: non sarà permesso tramite azioni infondate, collegate ad una superficialità, o peggio, alla mala fede dell'attore, arrecare patimenti, sofferenze, disturbi alla controparte, costringendola a subire le ansie, i fastidi, i traumi che si possono verificare a causa del processo".-

L'osservazione è corretta e perfettamente applicabile al caso del medico coinvolto ingiustamente in un processo, sia esso civile o -peggio- penale.-

I limiti della responsabilità processuale sono nella difficoltà di provare i requisiti che fanno sorgere il diritto al risarcimento.-

Ricordo i presupposti per la condanna al risarcimento del danno per lite temeraria, come fissati dalla Suprema Corte di Cassazione: "sono, oltre alla totale soccombenza, quel particolare stato soggettivo integrato almeno dalla colpa grave ed il danno della controparte. La colpa grave, concretandosi nel mancato doveroso impiego di quella diligenza che consenta di avvertire agevolmente l'ingiustizia della propria domanda, deve ritenersi sussistente tutte le volte in cui si proponga una domanda di revocazione di una sentenza della Corte di Cassazione, prospettandosi come vizio revocatorio un preteso *error in iudicando* commesso dalla Corte stessa, in presenza in una consolidata e costante giurisprudenza che esclude l'errore di giudizio dai vizi revocatori di cui all'art. 395 n. 4 cod. proc. civ., per le sentenze di legittimità, così come per quelle di merito. In tal caso, ai fini della quantificazione del danno da responsabilità aggravata ex art. 96 cod. proc. civ., non è neppure necessario che l'interessato deduca e dimostri uno specifico danno per il ritardo provocato dall'impugnazione inammissibilmente esperita sulla decisione della causa, potendo la Corte desumere detto danno da nozioni di comune esperienza e fare riferimento anche al pregiudizio che la parte resistente abbia subito di per sé, per essere stata costretta a reagire all'iniziativa del tutto ingiustificata dell'avversario e spesso senza che ciò possa essere adeguatamente compensato, sul piano strettamente economico, dal rimborso delle spese giudiziali". (Cass. civ., Sez.I, 18.2.1994, n.1592).-

E dal punto di vista dell'onere probatorio si è affermato che: "colui che vuole ottenere il ristoro del pregiudizio sofferto, ai sensi dell'art. 96° I° comma cod. proc. civ., deve dare la prova sia dell'ansia del quantum (non essendo sufficiente l'accertamento che la controparte abbia agito in giudizio con mala fede o colpa grave); con la conseguenza che il giudice non può liquidare il danno, neppure con criteri equitativi, se non risultino dagli atti del processo elementi in base ai quali sia possibile identificarne concretamente l'esistenza". (Cass. civ., Sez.II, 1.12.1995 n.12422).-

Va tenuto ben presente che la responsabilità processuale aggravata è un istituto ben diverso dall'ordinaria responsabilità aquiliana; ed invero, come afferma sempre la Cassazione "l'art. 96 c.p.c. si pone con carattere di specialità rispetto all'art. 2043 cod. civ. di modo che la responsabilità processuale aggravata, - ad integrare la quale è sufficiente nell'ipotesi di cui al secondo comma dell'art. 96 c.p.c. la colpa lieve, come per la comune responsabilità aquiliana, - pur rientrando concettualmente nel genere della responsabilità per fatti illeciti, ricade interamente, in tutte le sue possibili ipotesi, sotto la disciplina normativa contenuta nel citato art. 96 c.p.c., né è configurabile un concorso, anche alternativo, dei due tipi di responsabilità; e la decisione in ordine a detta responsabilità è devoluta in via esclusiva al giudice cui spetta conoscere il merito della causa". (Cass. civ., Sez.II, 12.3.2002, n.3573, in Arch. Civ., 2003, 99).-

La decisione in ordine alla sussistenza di una responsabilità per lite temeraria o per calunnia (nel caso di denuncia penale che sia connotata dalla "*con-sapevolezza dell'innocenza dell'incolpato*") si fonda sulla mancata osservanza di quelle regole prudenziali che passiamo ad esaminare.-

3. Quando la lite è temeraria

Si è dunque parlato di ingiusta accusa, di lite temeraria, di calunnia: ma quand'è che il medico sottoposto ad ingiusto procedimento può aver titolo per richiedere il risarcimento dovutogli a chi non abbia seguito -prima di denunciarlo- gli indispensabili criteri di prudenza, che vanno osservati prima di intraprendere un'azione civile o presentare una denuncia penale?-

Il discrimine è dato dal rispetto -o meno- dei criteri di prudenza indicati dalla Cassazione, la quale precisa i criteri secondo i quali si può dimostrare l'esistenza di una colpa professionale medica.-

Tali criteri sono più stringenti nel caso di un procedimento penale, nel qual caso si afferma che "il nesso di causalità deve essere accertato non sulla base dei soli coefficienti di probabilità statistica, bensì mediante l'utilizzo degli strumenti di cui il giudice penale ordinariamente dispone per le

valutazioni probatorie, e può ritenersi sussistente quando, considerate tutte le circostanze del caso concreto, possano escludersi processi causali alternativi e si possa affermare in termini di "certezza processuale", ossia di alta credibilità razionale o probabilità logica, che sia stata proprio quella condotta omissiva a determinare l'evento lesivo". (Cass. pen., Sez.IV, 3.10.2002 n.38334, CED Cass.; nello stesso senso Cass. pen., Sez.IV, 12.7.2001, n.37629, in Riv. Pen., 2002, 135).-

La Suprema Corte richiede quindi la dimostrazione che la condotta asseritamente omessa dal medico, ove attuata, sarebbe stata in grado di impedire l'evento con un grado di probabilità vicino alla certezza.-

Le Sezioni Civili della Cassazione hanno un orientamento meno rigoroso in quanto affermano che per accertare il nesso di causalità fra lesione personale ed un intervento chirurgico "ove il ricorso alle nozioni di patologia medica e medicina legale non possa fornire un grado di certezza assoluta, la ricorrenza del suddetto rapporto di causalità non può essere esclusa in base al mero rilievo di margini di relatività, a fronte di un serio e ragionevole criterio di probabilità scientifica, specie qualora manchi la prova della preesistenza, concomitanza o sopravvenienza di altri fattori determinanti". (Cass. civ., Sez.II, 21.1.2000, n.632, in Giur. It., 2000, nota di Matteo).-

Non si richiede quindi un grado di probabilità vicino al 100%, ma comunque un ragionevole criterio di probabilità.-

Le indicazioni della Suprema Corte di Cassazione devono quindi imporre a chi pretende il risarcimento ma anche e soprattutto al legale cui questi si affidi una ponderata e prudente valutazione dei presupposti dell'azione. Azione che va imprescindibilmente preceduta da una consulenza medico-legale di parte, che accerti preliminarmente se sussistono nel caso di specie i presupposti di una responsabilità medica.

E' indubbio quindi che possa affermarsi la colpa di chi promuove l'azione senza aver preventivamente consultato uno specialista di propria fiducia: fatto questo che risulta facilmente dall'esame delle produzioni di causa. Il medico che, una volta assolto dalle accuse rivoltegli, voglia intentare un processo contro il proprio accusatore, potrà esaminare facilmente se questi ha supportato -o meno- la propria azione con una consulenza di parte che non sia di semplice usbergo all'azione intentatagli.-

E la colpa sarà tanto maggiore nel caso di denuncia o querela penale dato che -come si è visto- la Giurisprudenza penale è più rigida nel riconoscere la responsabilità professionale rispetto a quella civile, settore nel quale hanno un ruolo fondamentale le presunzioni.-

4. La gogna mediatica

Tra le conseguenze indirette di un ingiusta accusa vi è la sottoposizione a quella che possiamo senz'altro definire gogna mediatica. Ed invero si riscontra che tanto più elevata è la notorietà del medico, tanta più rilevanza viene data alle notizie (negative) che lo riguardano.

Oltretutto non è solo l'articolo ad esser lesivo della onorabilità e della

dignità dell'accusato, perché in fondo il giornale è letto solo da alcuni e perché leggere con attenzione la notizia magari porta ad un giudizio obiettivo sulla notizia stessa, quello che colpisce di più sono quei pannelli di richiamo esposti fuori dalle edicole, che in poche parole "inchiodano" il presunto colpevole alla sua presunta colpa.-

"IL PRIMARIO.... INDAGATO PER LA MORTE DI UN MOTOCICLISTA"
"IL PROF..... SOTTO PROCESSO: SBAGLIO' LA DIAGNOSI".

Come sappiamo titoli del genere non escono dalla fantasia, ma dalla memoria di chi li ha letti esposti fuori dalle edicole davanti a cui passa.-

Chi subisce la diffamazione indiretta derivante dall'impatto mediatico del procedimento cui è stato sottoposto viene leso nel suo diritto all'immagine, al nome, alla riservatezza, all'identità personale e professionale, al suo onore di medico e di cittadino.-

Ma tutto ciò non esaurisce il novero di danno che ne deriva, come ha ben osservato la dottrina, per la quale³ "l'offesa alla reputazione può provocare al soggetto passivo una serie di ripercussioni esistenziali negative -quali, ad esempio, l'isolamento da parte dei conoscenti, degli amici e della famiglia- che difficilmente possono essere ricondotte all'ambito proprio del danno patrimoniale o del danno morale e che possono ora trovare modo di risarcimento per mezzo della nuova categoria del danno esistenziale".-Il riconoscimento del danno alla reputazione nell'ambito della categoria dei danni esistenziali trova un interessante applicazione nella recente giurisprudenza della Cassazione, secondo la quale:"La più recente dottrina e lo stesso orientamento giurisprudenziale ritengono che esista un vero e proprio diritto alla reputazione personale anche al di fuori delle ipotesi espressamente previste dalla legge ordinaria, che va inquadrato nel sistema di tutela costituzionale della persona umana, traendo nella Costituzione il suo fondamento normativo, in particolare nell'art. 2 e nel riconoscimento dei diritti inviolabili della persona (in questo senso anche C. Cost. 10.12.1987 n. 479, secondo cui "l'art. 2 Cost. sancisce il valore assoluto della persona umana").

In tale contesto si inserisce certamente la disciplina degli ambiti di tutela della reputazione del soggetto, come persona, che sebbene non trovi esplicita menzione nelle disposizioni costituzionali, tuttavia si ricava dai principi di cui all'art. 2 Cost. (oltre che dall'art. 3, che fa riferimento alla dignità sociale).

Infatti, superata ormai da anni la questione relativa alla funzione precettiva e non programmatica dell'art. 2 Cost., con conseguente affermazione della rilevanza costituzionale della persona umana, in tutti i suoi aspetti, questa norma comporta che l'interprete, nella ricerca degli spazi di tutela della persona, è legittimato a costruire tutte le posizioni soggettive idonee a dare garanzia, sul terreno dell'ordinamento positivo, ad ogni proiezione

³ F. Verri e V. Cardone, *Diffamazione a mezzo stampa e risarcimento del danno*, Milano, 2003, 390.

della persona nella realtà sociale, entro i limiti in cui codesto risultato si ponga come conseguenza della tutela dei diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali nelle quali si esplica la sua personalità.

L'espresso riferimento alla persona come singolo (art. 2 Cost.) rappresenta certamente valido fondamento normativo per dare consistenza di diritto soggettivo alla reputazione del soggetto, con conseguente sua tutela da parte dell'ordinamento". (Cass. civ., Sez.III, 10.5.2001, n.6507, in Nuova Giur. Civ., 2002, I, 529).-

Per la Cassazione -dunque- ricomprendere il diritto alla reputazione nell'ambito dei diritti della personalità consente di individuare il correlativo fondamento giuridico nell'art. 2 Cost.: inteso quale precetto nella sua più ampia dimensione di clausola generale, "aperta" all'evoluzione dell'ordinamento e suscettibile, per ciò appunto, di apprestare copertura costituzionale anche ai nuovi valori della persona umana della personalità.-

Si tratta di una concezione unitaria, o se preferiamo "*monistica*" dei diritti della personalità, che per la Cassazione aiuta la configurazione giuridica del diritto alla reputazione come diritto soggettivo perfetto.-

"Nell'ambito di questa concezione "monistica" dei diritti della personalità umana, con fondamento costituzionale, il diritto all'immagine, al nome, all'onore, alla reputazione, alla riservatezza non sono che singoli aspetti della rilevanza costituzionale che la persona, nella sua unitarietà, ha acquistato nel sistema della Costituzione.

Trattasi quindi di diritti omogenei, essendo unico il titolare ed il bene protetto.

La reputazione si identifica con il senso della dignità personale in conformità all'opinione del gruppo sociale, secondo il particolare contesto storico (Cass. Pen., sez. V, 24.3.1995, n. 3247). Essa va valutata in abstracto, cioè con riferimento al contenuto della reputazione, quale si è formata nella comune coscienza sociale di un determinato momento e non *quam suis*, e cioè alla considerazione che ciascuno ha della sua reputazione ("*amor proprio*").

Senonché una volta provata detta lesione, il danno è *in re ipsa*, in quanto si realizza una perdita di tipo analogo a quello indicato dall'art. 1223 c.c., costituita dalla diminuzione o dalla privazione di un valore (per quanto non patrimoniale) alla quale il risarcimento deve essere commisurato"

(Cass. civ., Sez.III, 10.5.2001, n.6507, in Nuova Giur. Civ., 2002, I, 529).-

Per concludere: ancorché la figura del danno alla reputazione abbia trovato finora applicazione in fattispecie di diffamazione a mezzo stampa, ritengo che tale applicazione può senz'altro estendersi alla fattispecie del medico rimasto leso nel suo onore e nella sua immagine professionale dalla divulgazione mediatica dell'ingiusto procedimento cui è stato sottoposto.-

5. I danni punitivi

Il concetto di "danni punitivi" è la traduzione dell'inglese "*punitive or exemplary damages*", istituto tipico e molto noto della giurisprudenza nordamericana.-

Le finalità principali del danno punitivo⁴ sono quelle di punire il colpevole per il suo comportamento doloso, perseguendo al contempo la finalità pedagogica di distogliere il colpevole e la collettività da comportamenti socialmente dannosi, quando la minaccia del solo risarcimento non possa costituire un valido deterrente. Ed al contempo l'istituto del danno punitivo mira a ricompensare la parte lesa, per l'impegno nell'affermazione del proprio diritto, assegnandogli un compenso superiore all'importo del risarcimento, quando quest'ultimo appare inadeguato.-

E per l'appunto, si è affermato⁵ che "la retribuzione (o la punizione) e la deterrenza sono le due grandi finalità, che vogliono essere raggiunte dal rimedio in questione".-

Il mio amico Aldo Grasso di Rimini, che da anni tenta di introdurre tale istituto nel nostro ordinamento, lo ha ricondotto all'art. 96 C.P.C. forse anche sulla scorta di quegli esempi che hanno ricollegato la condanna al risarcimento punitivo proprio per il caso di lite temeraria⁶.-

Personalmente ritengo che una richiesta danni che rivesta tale qualifica punitiva - pedagogica potrebbe essere tranquillamente fondata su altre norme di legge, e soprattutto sulla clausola generale dell'art. 2043 C.C.-

Il quesito è allora se la categoria del danno punitivo sia applicabile al caso dell'accusa ingiusta di colpa professionale medica, dato che nella maggioranza dei casi questa figura viene applicata nella fattispecie di una pluralità di soggetti danneggiati dall'evento lesivo posto in essere da un medesimo danneggiante. Danneggiante che nel caso dell'accusa di *malpractice* non ha quelle caratteristiche di grandi disponibilità economiche e finanziarie che nella giurisprudenza statunitense ha sicuramente favorito condanne altrettanto importanti.

⁴ Ben individuate da una sentenza della Corte di Cassazione tedesca (BGH, 4 giugno 1992) citata da A. Sirotti Gaudenzi, *Introduzione al concetto di "danni punitivi"*, in *Diritto & Diritti*, <http://www.diritto.it>.

⁵ G. Ponzanelli, *Non c'è due senza tre: la Corte suprema USA salva ancora i danni punitivi*, in *Foro it.*, 1994, IV, 92.

⁶ Tra i casi più rilevanti di danni punitivi vi è la condanna di una società statunitense a pagare 10 milioni di dollari per avere tentato una causa consapevolmente infondata contro un'altra società, a fronte di spese legali pari a 19.000 dollari: Ne parla Ponzanelli, *Non c'è due*, cit., 92.

D'altra parte, di norma, quando un privato cittadino perde una causa civile deve pagare le spese legali al proprio difensore, e rimborsare quelle dell'avversario, ciò costituisce di per sé un onere rilevante, vieppiù se ci aggiungiamo un ulteriore risarcimento economico per i danni morale ed esistenziale già evidenziati sopra.-

Non c'è forse bisogno di aggiungere un *quid pluris* a titolo punitivo - pedagogico, ma l'istituto dei danni punitivi può egualmente insegnarci qualcosa; può costituire un invito a valorizzare la funzione punitiva - afflittiva - sanzionatoria del risarcimento del danno, forse trascurata dal pur giusto impegno a ricomprendere tra i danni risarcibili tutte le figure possibili dei torti.-

E per valorizzare tale funzione si può prendere spunto dal concetto di danno punitivo, prevedendo una sanzione più significativa a chi si renda responsabile di illeciti per dolo o colpa grave. Il che vuol dire condanne risarcitorie con effettiva valenza deterrente a chi abbia iniziato una causa con il solo e consapevole obiettivo di trarne un guadagno economico ai danni del medico incolpevole e della sua assicurazione, incurante delle conseguenze umane e patrimoniali che si scatenano inesorabilmente a carico del soggetto o dei soggetti ingiustamente accusati.-

Conclusioni

Chi redige una denuncia od una citazione in giudizio a carico di un medico, talvolta comprendendovi la sua *equipe*, è di norma (e guai per l'accusatore se non lo fosse!) un avvocato.-

Orbene: se questi, nell'apprestarsi a tale incombenza ricordasse il detto evangelico "*non fare agli altri quello che non vorresti fosse fatto a te*" e tenesse presente la "*gogna mediatica*" cui inevitabilmente viene esposto l'accusato, probabilmente sarebbe più cauto nell'esercizio del suo delicato ministero, che va comunque esercitato quanto ne siano stati preventivamente verificati i necessari presupposti.

La rivalsa esistenziale del medico innocente

Avv. Paolo Vinci- Foro di Lecce

L'avvento del “*danno alla salute*” nel panorama risarcitorio italiano.

Il primo comma dell'art. 32 della Costituzione ammonisce che: “*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti*”. Detta norma, nel suo primo periodo di vita, aveva subito una lettura quasi esclusivamente pubblicistica. Da circa un ventennio, con la crescita sociale del “*fattore uomo*”, in sede dottrinale vi è stata una vera e propria “*riscoperta*” della disposizione, oggi letta in chiave prevalentemente privatistica.

L'esigenza di ricercare un equo parametro risarcitorio, da sempre avvertita dai giuristi, ha visto, di recente, la materia arricchirsi di nuovi orizzonti ed istituti; ma, contemporaneamente, ha vissuto - e vive tutt'ora - un imperante disordine risarcitorio.

Il legislatore, dopo essere stato colposamente assente, è intervenuto di rado e, quando lo ha fatto, ha provocato gravi lacune.

E' pur vero che la persona umana non è un bene di comune valutazione e sotto certi aspetti costituisce un... “*grande mistero*”. Lo stesso Gaio, nello schema *personae* delle *Institutiones* ammoniva che costituisce una “*inaestimabilis res*”, sia per tutti quei valori che la costituiscono e che prescindono dai criteri di mera valutazione economica, sia, soprattutto, perché non può essere giudicata e valutata un bene qualsiasi, ma deve essere vista, oltre che per un'eventuale pretesa ad una riparazione corporea, come un mondo e come una storia; come un “*mondo*”, perché attorno a quella vita toccata da un illecito esistono esseri dotati di interessi e di bisogni da soddisfare e, come una “*storia*”, perché quella vittima di oggi è destinata ad una sua autonoma vita con diritti ed obblighi da calcolare nel risarcimento. Con questa qualificazione della persona umana, il giurista romano del secondo secolo d.C., seguace della scuola dei Sabiniani, merita di essere definito un antesignano del danno alla persona, o meglio, di tutti quei danni che, di recente, con colpevole ritardo, la dottrina e la giurisprudenza italiana hanno fatto emergere in superficie, nel *mare magnum* dell'universo risarcitorio della materia.

Il sintagma gaiano, che ammonisce a ritenere che “*non ci può essere mai adeguato risarcimento per riparare al danno delle cicatrici e delle deformazioni subite dal corpo di un uomo libero*” non deve essere inteso quale inno alla lievitazione

iperbolica dell'indennizzo risarcitorio e meno che mai ad un mero concetto di panrisarcibilità: tutt'altro! Vuole solo costituire lo stimolo a ponderare, con pari oculatezza e moderazione, l'adeguato estaglio risarcitorio spettante al danneggiato, cioè alla persona umana nella sua essenza.

La necessità di valutare, appunto, la persona umana nella sua globalità era alla base della sentenza n. 184/86 della Corte Costituzionale, che ha letteralmente stravolto i criteri risarcitori del danno alla persona, apportando una vera e propria rivoluzione culturale, sostanziale e giuridica, con la istituzione di una figura nuova, il c.d. "*danno biologico o alla salute*".

La sentenza n. 184/86 (c.d. sentenza Dell'Andro, dal nome del relatore), infatti, delinea tre voci di danno: il danno biologico, quello patrimoniale e quello morale. E' la sentenza che istituisce una nuova figura: il c.d. "*danno biologico o alla salute*". E' definita storica perché ridelinea l'universo risarcitorio, fino a quel tempo ancorato esclusivamente alla tabellare patrimonialità e non anche alla valutazione dell'uomo nella sua globalità, o, meglio nella sostanza, *per quello che è, non solo per quello che ha*.

Ed ecco che la chiave di lettura pubblicistica incominciava col tempo via via a stemperarsi e ad acquisire un chiaro accento personalistico: la concezione risarcitoria trasmigra da una mera logica patrimonialistica ad una umanistica.

Da quel momento - siamo nel 1986 - si schiuse un processo dottrinario e giurisprudenziale dalle linee evolutive rigogliosissime, che, in breve, occorre ripercorrere per comprendere quello che, in embrione, è l'humus del palcoscenico dottrinario attuale.

La sentenza generò, sotto un certo profilo, sconcerto nell'austero e tradizionale mondo del diritto italiano, aduso ad un provincialismo acritico ed insensibile agli aneliti della vita sociale. Si delineò una fase che, con una espressione felice, l'amico prof. Busnelli qualificò "*anarchia del dopo principio*".

La dottrina anteriore al riconoscimento del danno biologico definiva come danno non patrimoniale "*ogni danno privato che non rientra nel danno patrimoniale, avendo per oggetto un interesse, non patrimoniale, vale a dire relativo a bene non patrimoniale*"; cioè, ogni danno che non colpisse immediatamente né mediamente la capacità produttiva dell'individuo.

E' fondamentale considerare che la particolare natura del pregiudizio di carattere non patrimoniale, secondo la concezione tradizionale, determinava l'impossibilità di una valutazione basata su dati contabili, cioè *sull'aestimatio*, e ne comportava invece la determinazione *arbitrio boni viri* ad opera del giudice.

Per oltre un decennio, dopo l'irrompere sul proscenio della sentenza 184/86 Cost., la dottrina si è dibattuta sulla natura del danno biologico, addirittura, in determinati casi, da parte di taluni stravaganti giuristi, collocato nella casistica patrimoniale.

Ed invece, il biologico, altro non è che un "danno evento" in re ipsa, cioè un danno non patrimoniale, che sussiste per il sol fatto che si verifichi una

lesione all'integrità psico-fisica del danneggiato. E' un danno indefettibile, prioritario, autonomo e centrale. Ha un contenuto vasto, comprendendo la riduzione dell'integrità psico-fisica, la capacità lavorativa generica, il danno alla sfera sessuale, alla vita di relazione, il danno estetico in generale. Sin da questa scarsa qualificazione, si evince che trattasi di una fattispecie certamente non patrimoniale, sebbene, proprio perché ancorata alla riduzione della capacità generica dell'individuo, non del tutto scevra da ... influssi patrimoniali.

Invece, il danno morale, identificato con quel felice dittongo latino "pre-tium doloris", ovvero "lesione della dignità offesa", non lascia, proprio per la sua natura intrinsecamente non patrimoniale, dubbi di sorta circa la collocazione. Sul piano normativo la risarcibilità di questa categoria di danno viene considerata dall'art. 2059 cod. civ., il quale pone una limitazione risarcitoria ben precisa: "i casi determinati dalla legge". In sede di danno aquiliano, il richiamo normativo che maggiormente ricorre è costituito dall'art. 185 c.p., il quale, al II comma, dispone: "Ogni reato, che abbia cagionato un danno patrimoniale o non patrimoniale obbliga al risarcimento il colpevole e le persone che, a norma delle leggi civili, debbono rispondere per il fatto di lui". In sostanza, è danno morale quel danno che si concretizza nella sofferenza fisica apportata dalla lesione. Il danneggiato, in seguito all'evento lesivo ingiusto, subisce dolore, perturbamento psichico temporaneo ed una certa situazione afflittiva. Sono questi elementi necessari per la qualificazione di detta categoria di danno, ma non sufficienti in quanto, affinché si concretizzi il risarcimento, detti presupposti devono ledere un interesse giuridicamente tutelato: il combinato disposto tra l'art. 2059 c.c. e del 185 c.p. costituisce inequivocabilmente la pietra miliare risarcitoria di questo danno.

L'avvento definitivo del danno biologico nello scenario risarcitorio, dopo una lunga fase di assestamento, ebbe a riqualificare il danno non patrimoniale, schiudendo l'orizzonte ad altre figure di danno. Nel corso degli anni si sono delineate sull'orizzonte risarcitorio, altre figure di danno, c.d. "emergenti", quale il danno psichico ed il c.d. "danno esistenziale".

Il danno psichico presuppone una patologia, vale a dire non solo il simultaneo manifestarsi di una sintomatologia soggettiva e di una oggettiva, rilevabile con parametri comuni (ad esempio la patologia dissociativa, la fobica, la isterica, la paranoica). Il danno psichico colpisce la psiche costituita, secondo i canoni classici di psicopatologia, da tre fondamentali facoltà (o sfere): conoscitiva, affettivo - istintiva, volitiva.

Se c'è lesione organica cerebrale, permanente ed irreversibile, c'è danno psichico. Altrimenti no! Non è sufficiente la c.d. lesione della dignità offesa, il mero turbamento dell'animo, il peggioramento della qualità della vita (come per il danno morale), ma occorre l'esistenza di una patologia permanente irreversibile; se i contorni non sono ben definiti e rimangono sfumati,

si versa, direi meglio si retrocede, nella fattispecie del danno morale. C'è danno psichico, se c'è lesione psichica irreversibile; c'è danno morale, se c'è (solo) mero turbamento d'animo.

In sostanza, il danno psichico è «un danno che non sia puramente morale e cioè riconducibile unicamente alla sofferenza soggettiva ed al dolore che possono conseguire ad un trauma fisico o psichico e che non sia neppure un danno organico e cioè consistente in una menomazione derivante dalla lesione oggettiva di una parte dell'organismo».

Trattasi di danno inteso come “*una compromissione durevole ed obiettiva che riguarda la personalità individuale nella sua efficienza, nel suo adattamento, nel suo equilibrio, come un danno consistente, non effimero né puramente soggettivo, che si crea per effetto di cause molteplici e che, anche in assenza di alterazioni documentali dell'organismo fisico, riduce in qualche misura le capacità, le potenzialità, le qualità della vita della persona*”.

Dal contenuto di questa definizione emerge, con estrema chiarezza, che si è in presenza di una prospettazione di carattere medico - legale, riferentesi ad una compromissione permanente ed irreversibile attinente al settore psichico dell'individuo.

Ai fini dell'individuazione di questa categoria di danno, il ruolo del consulente medico - legale diviene non solo topico ma, addirittura, assorbente, oserei dire, senza paura di essere smentito, prioritario rispetto a quello del Giudice.

Quindi, in modo sofferto ed al termine di oltre tre lustri controversi (1986/2002), la dottrina, agli albori del 2003, aveva delineato un quadro complesso, a tratti diatonico, certamente non chiaro. Esisteva il danno patrimoniale, ritenendosi per tale quello costituente una rigorosamente comprovata *deminutio patrimonii* (occorre, acchè vi sia danno patrimoniale il coevo verificarsi di due circostanze: la riduzione della capacità lavorativa specifica e una evidente flessione della redditività, documentata, in stretta correlazione con l'evento lesivo); (esisteva) il danno biologico, che provoca un peggioramento della qualità della vita del danneggiato, casualmente dovuto ad una lesione del corpo; il danno morale, che crea una prostrazione dell'animo e dello spirito nell'individuo, con la conseguenza che, allorquando quella sofferenza morale diviene una patologia con compromissione organica irreversibile assurge a danno psichico.

Le nuove esigenze dottrinarie: il c.d. "danno esistenziale".

Evidentemente, lo scenario successivo all'avvento del danno biologico quale autonoma categoria non soddisfaceva molti giuristi ed operatori del settore.

La stessa Corte di Cassazione era stata, fino ad un certo tempo, granitica, disattendendo ogni anelito innovativo e ponendo chiaramente un freno, molti operatori del settore ritenevano di dover essere i paladini della nuova era risarcitoria, preposti a compensare le carenze di una legislazione vaga e frammentata e, in assenza, ad una interpretazione dottrinarie e giurisprudenziale scevra da distonie ed ambivalenze, ad un diritto che contemplasse un giusto ed equo risarcimento per ogni categoria di danno, ivi compresi i c.d. *danni emergenti*. Ma, vi erano soglie costituzionali insormontabili e la stessa legislazione ordinaria, per quanto distonica, contraddittoria e carente che fosse, costituiva un freno indubbio, frustrandone la rigogliosa creatività. E poi, come scoraggiare i tentativi, a volte stravaganti, di ampliamenti di fattispecie che non meritavano valenza giuridica?

La giurisprudenza non era pronta ad accettare il concetto di una valutazione di fatti non strettamente legati al deterioramento della salute, eccettuata quella prodotta da giudici di merito particolarmente sensibili ai problemi sociali ed alla loro evoluzione. Si riteneva, in dottrina, che l'intera gamma dei pregiudizi che il danneggiato può risentire in conseguenza dell'altrui atto illecito non fosse integralmente coperta, con la conseguenza che se un atto illecito non integra gli estremi di alcun reato, non ha causato una riduzione delle entrate e del patrimonio e non ha determinato una compromissione dell'integrità psicofisica, potrebbe non sussistere alcuna ipotesi di danno e quindi alcun diritto al risarcimento.

In sostanza, il nostro sistema risarcitorio fondato sulla tricotomia danno biologico- morale- patrimoniale, secondo una buona parte della dottrina, non era più sufficiente a garantire il danneggiato nella sua "poliedricità risarcitoria" e necessitava della rigorosa nomenclatura di una nuova voce di danno.

Veniva così ad elaborarsi, in modo primordialmente dogmatico, il c.d. "*danno esistenziale*", ideato dalla scuola triestina del collaudato duo Cendon-Ziviz che, forse con eccessivo ottimismo dettato da entusiasmo, riteneva concernesse una autonoma categoria di danno ed ispirata dalla problematica apertasi sull'aspetto dinamico del danno biologico, che comportava la prova del mutamento della vita condotta dalla vittima fino al verificarsi dell'evento lesivo.

La dottrina si era posta, quindi, il problema del confine concettuale tra il danno alla salute, inteso come integrità psicofisica, ed il peggioramento della esistenza in tutte le altre contingenze, e, cercando di risolverlo, aveva necessariamente dovuto tenere conto delle modificazioni peggiorative non legate con nesso di causalità ad eventi attinenti a tale integrità.

Il c.d. "*danno esistenziale*" doveva essere una figura destinata ad un duplice compito, sostitutivo e riempitivo, destinato ad inglobare tutte le categorie di danno non patrimoniale risarcibile ex art. 2043 c.c. e, prima fra tutte, quella del danno biologico.

La stessa nozione del c.d. “*danno esistenziale*” doveva assolvere la funzione di riempire uno spazio vuoto, ovvero un'intera area di danni attualmente privi di tutela risarcitoria, afferenti alle attività abituali dell'individuo, le quali costituivano fonte di propria gratificazione soggettiva, che erano state limitate o che si erano state irrimediabilmente perse a causa di un evento lesivo.

Questa perdita costituisce l'*humus* del c.d. “*danno esistenziale*”, che può essere perciò definito come la “forzosa rinuncia allo svolgimento di attività non remunerative, fonte di compiacimento o benessere per il danneggiato, perdita non causata da una compromissione dell'integrità psicofisica”.

In particolar modo, si avvertiva l'esigenza di risarcire tutta una fascia di menomazioni afferenti al “*facere*” di ciascun individuo, “*facere*” sia oggettivo (quindi, un criterio omogeneo e costante per tutti), sia individuale. In sostanza, si evidenziava la necessità di dare valenza risarcitoria a tutto ciò che concerneva l'esistenzialità della persona. Un passo recente di Paolo Cendon, anticipatomi personalmente a Vicenza nello scorso autunno, durante i lavori del convegno organizzato dalla scuola Guido Gentile di Ugo Dal Lago e pubblicato sulla rivista “Responsabilità civile e previdenza” (n.6/2003, pagg. 1269 - 1291): “Fare è vivere, in conclusione. Senza il fare non c'è molto altro: se non si fa niente non si è granché, su questa terra. I bambini vanno accompagnati al parco giochi, i detenuti vanno aiutati, i malati visitati, i fiori innaffiati, i quadri vecchi restaurati, le ragazze corteggiate, i dischi ascoltati, le messe cantate, le scoperte fatte, le biciclette pedalate. Come rinunciare a un verbo senza il quale non riusciremmo nemmeno più a parlare?”.

Il c.d. “*danno esistenziale*” si differenzia quindi dai tre canonici tipi di danno: da quello biologico, in quanto esiste a prescindere da una lesione della psiche o del corpo; da quello morale, in quanto esso non consiste in una sofferenza ma nella rinuncia di un'attività concreta; da quello patrimoniale, in quanto esso può sussistere a prescindere da qualsiasi compromissione del patrimonio. E' stato osservato, a questo riguardo, che “il danno morale” si identifica con “le lacrime”, il c.d. “*danno esistenziale*” si identifica con una “rinuncia al fare”. Il c.d. “*danno esistenziale* è quindi un pregiudizio areddituale, non patrimoniale, tendenzialmente omnicomprensivo, in quanto qualsiasi privazione, qualsiasi lesione ad attività esistenziali del danneggiato può dar luogo a risarcimento”.

Pertanto, si verserebbe nell'ipotesi di c.d. “*danno esistenziale*” tutte le volte che viene ad essere compromessa, più o meno definitivamente, l'attività creatrice della persona umana, il suo rapporto con il tempo e con lo spazio, insomma il peggioramento della qualità della sua vita.

E' indubbio, comunque, che il danneggiato dovesse fornire la prova della qualità della propria vita preesistente e del deterioramento della stessa a causa dell'evento lesivo, documentando incontrovertibilmente il nesso eziologico tra evento e danno.

Anche qui, come per i casi in precedenza esaminati in tema di fattispecie di danno morale e, soprattutto, danno psichico, momento topico della identificazione di questa quarta categoria di danno è la relazione del consulente, sia esso un sociologo, uno psicologo, un vittimologo, un antropologo. Questi deve essere in ogni caso un esperto capace di descrivere più o meno minuziosamente i vissuti (e non vissuti) della vittime su ambedue i fronti che interessano: quello "dell'esistenziale/biologico" (cosa vorrà dire trovarsi menomato, accecato, azzoppato o soprattutto trascinato ingiustamente in un procedimento penale per essere stato accusato ingiustamente di *malpractice*) e quello "dell'esistenziale non biologico" (in cosa è destinata a peggiorare la quotidianità di chi appunto si veda ingiustamente menomato, accecato, azzoppato o appunto accusato ingiustamente in un annoso processo penale e, insidiato nei suoi segreti, portato al ludibrio sociale).

Se la sentenza c.d. Dell'Andro del 1986 (184/86) costituisce la pietra miliare del danno alla salute o biologico, avendo schiuso le porte ad un aspro dibattito nell'universo risarcitorio, al pari fondamentali sono state le pronunce di maggio 2003 della Corte di Cassazione; la n. 7283 del 12 maggio 2003 e le sentenze c.d. "gemelle" del 31 maggio 2003, numeri 8827 e 8828, pronunciate dalla terza Sezione ed avallate dalla Corte Costituzionale, con la sentenza n. 233 dell'11 luglio 2003 (forse un po' ...supina).

Dette sentenze sono destinate ad aprire un dibattito altrettanto aspro; comunque, in ogni valutazione futura delle categorie del danno non patrimoniale, certamente non si potrà prescindere dall'esaminarle.

Occorre chiedersi, in primo luogo, se le predette sentenze codificano o meno il c.d. "danno esistenziale" facendolo assurgere a categoria autonoma; poi, se e come hanno modificato il panorama risarcitorio del danno alla persona.

Chiarezza e coerenza che non sono state assolutamente garantite dalle recenti sentenze del maggio 2003, sebbene la Consulta "attribuisce loro *"l'indubbio pregio, consistente nell'aver ricondotto... a razionalità e coerenza il tormentato capitolo della tutela risarcitoria del danno alla persona atteso che in esse viene prospettata con ricchezza di argomentazioni nel quadro di un sistema bipolare del danno patrimoniale e di quello non patrimoniale un'interpretazione costituzionalmente orientata dell'art. 2059 c.c. tesa a ricomprendere nell'astratta previsione della norma ogni danno di natura non patrimoniale derivante da lesione di valori inerenti la persona e di interessi di rango costituzionale inerenti alla persona"*.

Analizzando dette pronunce, si evidenzia che la Consulta, senza più reticenze di sorta, con il termine *"interessi di rango costituzionale inerenti alla persona"*, delinea tre partite generali di danno: il danno morale, il danno biologico e, appunto, il danno *derivante da "lesione di interessi, inerenti alla persona, costituzionalmente protetti"*. Tutto questo, stigmatizzando definitivamente, nel quadro risarcitorio, il contesto bipolare danno patrimoniale - danno non patrimoniale. In effetti, i giudici della Consulta hanno semplicemente codifi-

cato detto binomio, salvo poi, con l'espressione "danno da lesione di valori inerenti la persona", conferire, nell'alveo del danno non patrimoniale, definitiva legittimazione giuridica ai soli danni biologico e morale, non accennando espressamente al c.d. "danno esistenziale".

Le pronunce non apportano quella necessaria e tanta invocata coerenza e razionalità nel sistema; pur tuttavia, costituiscono un ulteriore momento di riflessione e di analisi, che schiude un dibattito giurisprudenziale e dottrinario, finalizzato a meglio definire gli ambiti e i criteri di risarcimento del danno alla persona.

Sin da una lettura superficiale del testo, sono molti gli interrogativi che permangono: in primo luogo, la Corte Costituzionale non conferisce definitività alla vicenda ed al percorso tormentato verso un definitivo quadro risarcitorio del danno alla persona, senza disegnare praterie di libertà. Viene intorbidito ulteriormente il già confuso panorama giuridico risarcitorio italiano, rafforzandosi il pericolo di un frazionamento e di una duplicazione del danno non patrimoniale e quindi ipotizzando un nuovo pericoloso scenario, analogo a quello emerso successivamente alla sentenza n. 184/86, di una "anarchia del dopo principio".

La proposta esistenzialista non è stata proclamata definitivamente; anche se obiettività vuole che si dica che il c.d. "danno esistenziale" si sta delineando all'orizzonte, nell'alveo dell'art.2059 c.c., come sinonimo del nuovo danno non patrimoniale, assolutamente non sovrapponibile al danno biologico, che soffre i limiti della "soglia costituzionale".

Il pericolo insito nella individuazione del c.d. "danno esistenziale", è quello di consentire una proliferazione arbitraria delle ragioni di danno, permettendo, proprio in ragione della sua peculiarità e diversità, di giustificare il risarcimento al "figlio offeso nella sua figlietà, alla sposa isterica, al tranviere irrealizzato, al proprietario angosciato dal danneggiamento dell'amata motocicletta ... con l'invenzione di un diritto, di una lesione, di una vittima, di un danno" (Gazzoni).

Un fermo monito, invece, è stato volto dai Massimi Giudici sia alla Corte di legittimità sia ai giudici di merito: quello di non riconoscere tutta una serie di risarcimenti quanto meno *stravaganti* (i c.d. "danni bagatellari"), che una tendenza, enfatizzata dal noto provincialismo italiano, vorrebbe riconoscere.

Ma da qui ad affermare che la sentenza della Corte parli espressamente - o quanto meno sottenda - il c.d. "danno esistenziale", facendolo assurgere a "ius receptum", ne corre. Infatti, dell'affermazione del c.d. "danno esistenziale" non v'è manifestamente traccia in tutte le citate sentenze della S.C e meno che mai in quella della Corte Costituzionale. Anzi, vi è una netta presa di distanza laddove in una delle due "sentenze gemelle", i giudici della Cassazione fanno testualmente riferimento a... *quello che una parte della dottrina suole chiamare del c.d. "danno esistenziale"*.

Ma v'è un altro problema tecnico rimasto insoluto: quello relativo ai criteri mediante i quali procedere al risarcimento del danno non patrimoniale.

La prospettiva risarcitoria, così come delineata dalle c.d. sentenze gemelle, dovrebbe perseguire finalità compensative: il risarcimento, cioè, fungerebbe da alternativa economica ad un pregiudizio non economico. Tale impostazione, ovviamente, ha suscitato forti critiche da parte di numerosi giuristi, quali ad esempio la prof. Maria Costanza, secondo la quale *“la surrogazione del denaro ai tormenti dell'anima è un'offesa più che un ristoro: ... non è l'alternativa a ripagare della lesione subita: la privazione della gioia, di quella gioia, permane indelebile”*.

La soluzione prospettata dalla Consulta, pertanto, appare gravemente lacunosa e parziale, in quanto alimenta sperequazioni e comunque, in concreto, effetti risarcitori perversi. E' sufficiente soffermarsi ad analizzare quanto testualmente affermato nella sentenza n.8828, secondo cui, in caso di uccisione, il danno da provare *“consiste nella definitiva preclusione delle reciproche relazioni interpersonali, secondo le varie modalità con le quali normalmente si esprimono nell'ambito del nucleo familiare”*, con specifico riguardo all'intensità del vincolo familiare. La sentenza n. 8827 riproduce sostanzialmente il contenuto della c.d. *sentenza gemella*. Restando ancorati al tenore letterale delle note pronunce, dunque, degne di risarcimento dovrebbero essere soltanto le lesioni riferibili a soggetti che siano membri di un nucleo familiare, mentre resterebbero privi di tutela risarcitoria, o avrebbero diritto ad un risarcimento proporzionalmente inferiore, i singles, ovvero chi, in virtù della maggiore forza d'animo, è in grado di superare più facilmente le avversità, o ancora coloro che vivono in famiglie disarmoniche e conflittuali.

Il sentiero tracciato dalla Consulta, pertanto, non conduce a quella certezza, coerenza, razionalità ed equità, a cui dovrebbe informarsi il sistema risarcitorio del danno alla persona. L'unica prospettiva corretta, dunque, non può che essere quella sanzionatoria. Essa soltanto, infatti, per la sua stessa peculiare natura, comporta necessariamente una definizione, in termini di tipicità e razionalità, delle ipotesi di danno non patrimoniale risarcibili, non essendo sufficiente il vago e fumoso riferimento *“ai diritti inviolabili dell'uomo”* operato dall'art. 2 della Cost.

... de iure condendo

Quella intorno al c.d. *“danno esistenziale”*, pertanto, è una materia dalla vexata complessità che attraversa un frangente estremamente delicato, rischiarato appena appena dalle recenti pubblicazioni giurisprudenziali. Rischiarato ma non definito. Tutt'altro.

Da sempre gli operatori del settore auspicano che venga ridisegnata una fetta del diritto privato italiano, che preveda al centro la persona umana, allo stesso modo con cui il codice del 1865 fece con la proprietà e quello del 1942 con i contratti. Il cittadino, infatti, ha diritto ad ottenere finalmente certezza del diritto, non dovendo ulteriormente scontrarsi con il disordine risarcitorio attuale, vedendosi ben individuate le figure risarcitorie senza rischi di incostituzionalità e, soprattutto, vedendo attribuiti alla persona umana giusti valore e dignità risarcitori.

Poichè siamo in cammino, forse alla soglia di grandi cambiamenti giurisprudenziali, in assenza di un necessario ed improbabile intervento del legislatore sull'art. 2059 c.c. è opportuno che siano dottrina e giurisprudenza a qualificare i c.d. *danni emergenti* e lo stesso ambito di applicabilità dell'art.2059 c.c. con maggiore chiarezza e coerenza.

Dottrina e giurisprudenza, da parte loro, devono essere più chiare e coerenti sulle definizioni dei c.d. "danni emergenti" e sullo stesso ambito di applicabilità dell'art.2059 c.c.; infatti, sono evidenti la flebilità dei limiti della norma, la lacunosità del sistema, la non catalogazione degli istituti. Se è vero che è difficile abbandonare due secoli di storia giuridica che ha stigmatizzato gli ambiti, peraltro marcati, del diritto patrimoniale e di quello non patrimoniale, è altrettanto indubbio che nel diritto positivo è in atto "una scollatura tra diritto normativo e diritto vivente". Occorre, soprattutto, ridisegnare una fetta del diritto privato italiano in chiave europea, che preveda al centro la persona umana, individuando le figure risarcitorie senza rischi di incostituzionalità e conferendo, contemporaneamente, certezza al diritto ed equo ristoro risarcitorio alla vittima.

Oggi, purtroppo, sempre con maggiore incidenza, la vittima è un medico, ingiustamente accusato di *malpractice*. Un vero e proprio incubo incombe sul medico trascinato in giudizio, al termine del quale, la maggior parte delle volte, viene assolto. Nel corso del lungo lasso di tempo che trascorre dall'inizio dell'azione fino alla definizione della vicenda, il medico subisce gli strali di ricadute pesanti sul piano dell'immagine oltre che un danno di ordine psicologico e, sebbene di rado, con accenti patologici.

Se è vero che il codice di Hammurabi (Babilonia 1792-1750 a.C.), nell'eventualità di mancato raggiungimento dell'obbiettivo da parte del chirurgo, prevedeva la pena del taglio delle mani, è altrettanto indubbio che, pur non essendo più annoverate oggi, per fortuna, pene corporali per il medico che sbaglia, incombe su di esso la spada di Damocle di vedersi notiziare dell'esistenza di un procedimento penale ovvero di ricevere la notifica di un atto di citazione.

Negli ultimi dieci anni, l'aumento dei casi di responsabilità medica è cresciuto a dismisura, provocando il decuplicarsi di controversie giudiziarie: vi sono, oggi, in Italia, ben 47.000 cause, penali o civili pendenti con una inci-

denza annua che varia dai 15 mila ai 18 mila medici italiani che ricevono citazioni, per complessivi 300 milioni di euro. Molteplici sono le cause del fenomeno, non ancora ben identificato da un'analisi di studio progettuale, ma alcuni fattori scatenanti il fenomeno si sono già delineati: l'aumento delle patologie curate dai sanitari; l'evoluzione dei mezzi di cura e diagnosi; l'attività di sensibilizzazione costante delle associazioni a difesa dei diritti del malato; la maggiore presa di coscienza dei propri diritti da parte del cittadino; l'allungamento della vita media dell'uomo; la pressione dei mass - media; l'evoluzione del concetto e delle funzioni della responsabilità civile.

Ma, soprattutto, una causa: l'istinto predatorio, poco apprezzabile sul piano morale e deontologico, di molti addetti ai lavori, che, in presenza di enti e compagnie assicurative tenute a risarcire ed in grado di soddisfare esigenze economiche, incardinano giudizi civili infondati, quasi sempre dal *petitum* lievitato in modo esponenziale.

Non occorre essere maghi per ritenere, secondo un criterio di massima probabilità, che la predetta tendenza si acuirà, fino a giungere ad agire contro il proprio medico ogni qual volta le cure non soddisfino il paziente. In special modo nelle aree geografiche più povere del Paese, ove il bisogno economico ... acuisce determinati istinti predatori.

A.M.A.M.I. si è posta fra gli obiettivi principali proprio quello di porre un argine, fermo e perentorio, sensibilizzando l'opinione pubblica con dibattiti e convegni, prestando assistenza costante al medico accusato ingiustamente, proponendo al legislatore una via alternativa a quella giudiziaria con la proposta di accordo arbitrale in sede civile. Soprattutto, A.M.A.M.I. presta oggi assistenza al medico che intende agire in giudizio per rivalsa.

E' proprio questo il nodo del problema: quando un medico può agire in rivalsa e, nell'eventualità affermativa, nei confronti di quali soggetti? Richiedendo cosa?

Il medico può certamente rivalersi nei confronti del cittadino o dell'operatore che lo ha ingiustamente trascinato in un processo. Occorre la coeva sussistenza di due condizioni: -una sentenza passata in giudicato (la *res iudicata pro veritate habetur*, sed *est veritas* di Ulpiano), che dia contezza dell'ingiustizia dell'azione incolta; -il verificarsi di un danno, vale a dire che il medico prosciolto con sentenza passata in giudicato, abbia subito un danno patrimoniale, biologico, morale o c.d. "esistenziale" e che sia in grado di provare detto danno.

Quanto alla richiesta risarcitoria, il parametro della prova del danno patito diviene assorbente.

Una volta incardinata l'azione risarcitoria, il medico, sotto il profilo squisitamente morale, dovrà fare un robusto esercizio di pazienza per non farsi condizionare dalle provocazioni che quotidianamente gli arrivano dalla società speculativa e opportunistica dei nostri giorni, rifacendosi ai propri cri-

teri professionali e deontologici che peculiarizzano la sua figura e che sono ben noti anche al deducente, figlio di un medico condotto di tanti anni fa.

Forte dei valori della deontologia potrà continuare a professare la più nobile delle arti con serenità, senza paure e vittimismo, confidando principalmente in sé stesso e nel proprio operato. Attendendo eventualmente la giustizia degli uomini, prima... dell' "Unico Giudizio" di Verità esistente.

La “mission” A.M.A.M.I.

Maurizio Maggiorotti-medico ortopedico-Presidente A.M.A.M.I.

Premessa

In venti anni di attività un medico chirurgo ha ottanta possibilità su cento di ricevere un avviso di garanzia o essere citato in giudizio per lesioni. In Italia circa quindicimila medici all'anno vengono accusati di “*malpractice*” e sottoposti a richieste di risarcimento per danni. Ma i due terzi vengono assolti per non avere commesso il fatto. Cosa rimane dopo l'assoluzione? Rabbia, frustrazione, depressione e stress che lasceranno per sempre il sanitario segnato nell'anima e ne condizioneranno le scelte professionali ed esistenziali.

In realtà questi tentativi di lucro, ai danni di una intera categoria di professionisti, hanno creato un problema ben più ampio. L'aumento del contenzioso paziente-medico ha determinato in molti casi l'instaurarsi della cosiddetta “*medicina difensiva*”, ossia non operare sempre la scelta terapeutica migliore per il paziente, ma la meno rischiosa per il medico. I sanitari spesso per rassicurare i pazienti, più che per reale convincimento scientifico, richiedono esami molto costosi e a volte inutili. Le assicurazioni hanno aumentato i premi delle polizze per responsabilità professionale che devono sopportare i medici. Tutto ciò ha determinato un aumento dei costi globali dell'assistenza. Quindi l'aumento del contenzioso crea un aumento dei costi ed un peggioramento globale della qualità dell'assistenza ai danni del cittadino.

Per tentare di arginare la piaga dilagante della facile accusa di *malpractice* a fine di lucro ed offrire una sanità migliore, l'Amami agisce da un anno in Italia con varie iniziative, largamente condivise.

Scopo del presente lavoro, forzatamente non esaustivo, è quello di cercare di inquadrare le cause del fenomeno ed offrirne alcune soluzioni.

Le ragioni dell'accusa infondata

Possiamo distinguere due grandi categorie di conflittualità: quella tendenzialmente onesta e quella tendenzialmente disonesta.

Conflittualità tendenzialmente onesta

Questa non trova fondamento in un reale tentativo di speculazione ma si fonda sull'eccesso di aspettative maturate circa l'esito delle cure, che si sono

poi rivelate minori alle attese. Questo particolare fenomeno può trovare le sue cause in “un'auto convincimento” del paziente, maturato dalla lettura di riviste e quotidiani che sovente mostrano i risultati strabilianti della conquista medica come scontati e routinari, ingenerando false aspettative. Altre volte invece, gli stessi medici forniscono un quadro talmente rassicurante della prestazione da non preparare minimamente il malato a qualsiasi inconveniente. In entrambe le situazioni prospettate, i risultati disattesi ingenerano malessere e malcontento, che possono confluire in una richiesta risarcitoria.

Per mitigare questo aspetto della conflittualità possono essere sufficienti, da parte del sanitario, una estrema chiarezza nell'esposizione orale che precede il trattamento terapeutico. Infatti questo delicato momento dovrà servire per illustrare in modo completo ogni possibile inconveniente che dovesse capitare in corso o a seguito dell'intervento terapeutico nonché i sistemi che sarebbero utilizzati per porvi rimedio.

Conflittualità tendenzialmente disonesta

La più odiosa e motivo del nostro impegno.

Sempre più spesso si assiste a richieste di risarcimenti per danni da lesioni, intente contro i medici allo scopo di perseguire una finalità diversa da quella di Giustizia. Questo aspetto del problema presenta molte facce ed ha diversi protagonisti. Sicuramente questo settore è visto da molti come possibile “terreno di caccia”. Similmente a quello che è avvenuto con le richieste di risarcimento da “micropermanente” in campo automobilistico, dove ad ogni minimo incidente segue sempre una richiesta risarcitoria verso le Compagnie di Assicurazioni, ormai fioriscono di società che si occupano di “sinistrosità medica”.

Nascono ovunque associazioni che offrono assistenza gratuita nelle cause contro i medici.

Ma a differenza del deprecato malcostume automobilistico, in questo caso viene preso di mira un professionista che ha dedicato la vita ad alleviare le sofferenze altrui e che spesso ha come unica colpa quella di essersi preso cura della salute di un paziente, che a lui si è affidato. Ovviamente i risvolti dell'ingiusta richiesta risarcitoria, perpetrata ai danni di un medico innocente, hanno un ben altro impatto emotivo e sociale e possono presentare numerosi e variegati risvolti di natura risarcitoria.

Il danno arrecato al medico innocente

La vicenda giudiziaria sebbene risolta con la più ampia formula assolutoria, crea comunque, sempre, un danno per il medico innocente. Danno che si esplica sia nella sfera patrimoniale che in quella extrapatrimoniale.

Il danno patrimoniale

Costituito dal “danno emergente” e dal “lucro cessante”, determinati dalla

- o diminuita attività lavorativa;
- o spese legali per la difesa;
- o aumento del premio o peggio dalla disdetta dell'assicurazione.

Essere destinatari di una denuncia penale o di un atto di citazione in giudizio produce inevitabilmente un danno economico in capo al medico e tale danno deriva da una molteplicità di fattori. In modo più acuto nei piccoli centri - ma il fenomeno ha analoga risonanza ovunque in relazione di diretta proporzione con la diffusione che i media offrono della notizia - il sanitario vede certamente ridotta la propria attività, fondata sulla fiducia e stima dei pazienti, i quali - ovviamente - possono essere meno sicuri nell'affidarsi alle cure di un medico “indagato” penalmente o “citato” civilmente per *malpractice*.

Seguono poi le spese per la difesa legale della propria posizione.

Infine, ma sicuramente al primo posto per importanza, la problematica inerente le compagnie assicuratrici. Queste stanno vivendo un momento di grave crisi sia negli Stati Uniti, dove a New York un neurochirurgo può arrivare a pagare 450.000 dollari di premio annuo, che in Europa. Nel nostro Paese, alcune tra le maggiori assicurazioni, già oggi, rifiutano di prestare la garanzia ai ginecologi ed ai chirurghi plastici. Inoltre, considerando la denuncia al pari del sinistro, le Compagnie tendono a revocare la polizza a chi sia stato vittima di richiesta risarcitoria ancorché terminata senza esito. Ciò determina una vera difficoltà a trovare poi una compagnia che assuma il rischio rifiutato da altra e comunque a costi superiori. Del resto, non può non considerarsi il fatto che le aziende assicuratrici hanno una perdita costante sulla responsabilità civile sanitaria e questo non può che imporre - come inevitabile conseguenza - il progressivo abbandono del rischio.

Il danno non patrimoniale

Ben più grave e meno risarcibile del precedente. La denuncia di “malpractice” ha connotati infamanti. La traduzione italiana del termine è disonestà, imperizia, terapia sbagliata, malcostume, illecito. Il medico innocente trascinato in giudizio riceve sempre, dalla vicenda giudiziaria stessa, un danno biologico, morale ed esistenziale.

Già nel 1999 Ashok aveva pubblicato sul British Medical Journal uno studio in tal senso, affermando che il medico sottoposto a giudizio veniva cambiato dalla vicenda stessa. Inoltre aveva previsto che durante il conflitto si manifestavano ideazioni suicidarie. Le stesse che hanno spinto il 16 marzo 2004 un nostro collega di Bologna ad uccidersi dopo l'ennesimo rinvio di un processo che lo vedeva coinvolto.

Di seguito brevi note sui danni non patrimoniali.

Cosa fare per risolvere la questione

E' il quesito al quale abbiamo cercato di dare una risposta nel dicembre 2002 fondando a Roma una Associazione, non a fine di lucro, denominata: A.M.A.M.I. acronimo per indicare Associazione per i Medici Accusati di malpractice Ingiustamente, nata con l'unico scopo di proteggere i medici dall'accusa ingiusta di malpractice. L'A.M.A.M.I. ha Sede Centrale a Roma e Sedi Periferiche a Savona, Torino, Milano, Padova, Lecce, Catania e Palermo, numerose altre costituenti nei principali capoluoghi di provincia. E' formata da un Consiglio Direttivo composto da medici e da avvocati ed affiancata da un Board Specialistico ed uno Legale. Conta ad oggi oltre 30.000 iscritti in tutta Italia. Al fine di limitare la pratica delle facili denunce intentate verso i sanitari innocenti, l'Associazione ha scelto i seguenti mezzi:

- o DIFFONDERE LA PROBLEMATICHE DELL'INGIUSTA ACCUSA SUI MEDIA
- o AVERE RAPPORTI DI PARTNERSHIP CON LE SOCIETA' SCIENTIFICHE, ASSOCIAZIONI E SINDACATI MEDICI
- o OSPITARE LA CONFERENZA PERMANENTE DI SPECIALITA'
- o DIFFONDERE L'UTILIZZO DELL'ACCORDO ARBITRALE
- o APPOGGIARE IL DISEGNO DI LEGGE 108 del 6.06.01
- o COSTITUIRE UN DETERRENTE CITANDO IN GIUDIZIO I RESPONSABILI DI UNA AZIONE INFONDATA

Diffondere la problematica dell'ingiusta accusa sui media

E' stato un chiaro obbiettivo sin dall'inizio quello di attivare un Ufficio Stampa che avesse il compito di diffondere la problematica dell'accusa ingiusta di *malpractice* per creare una coscienza nazionale del problema che stanno vivendo i circa diecimila medici che annualmente vengono travolti da una azione giudiziaria e poi assolti.

Abbiamo avuto grande risalto sui quotidiani nazionali con articoli sul Corriere della Sera, il Giornale, la Repubblica, il Tempo, il Messaggero, la Stampa, il Sole 24 ore e molti altri.

Inoltre con interviste televisive e radio concesse al TG 1, Uno Mattina, La 7, Radio Rai 1 e numerosi Network radiofonici.

Rapporti di partnership con le società scientifiche, associazioni e ordini dei medici

Abbiamo rapporti di partnership con la SIC (Società Italiana Chirurgia) con la ACOI (Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani), con la SIOT (Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia), con la Nuova ASCOTI (Ass. Sindacale Chirurghi Ortopedici e Traumatologi Italiani), con la SIGO (Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia) e con la AOGOI (Associazione Ostetrici e Ginecologi Ospedalieri Italiani). Inoltre con l'Anaa Assomed - Dirigenti medici. Con la FNOMCeO (Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri) ed in particolare con gli Ordini di Palermo, Latina, Ascoli Piceno, Firenze, Savona e Vicenza.

Ospitare la conferenza permanente di specialità

Il Pubblico Ministero laddove si trovi ad esaminare - nel corso di un giudizio penale - la posizione del medico imputato, nomina a volte dei consulenti di competenza non sempre indiscutibile. Al riguardo, va considerato che per troppi anni i medesimi medici si sono adoperati in qualità di consulenti tecnici del PM - nell'esaminare l'operato di colleghi delle più diverse specialità senza averne la necessaria conoscenza tecnica personale, con la conseguenza che, talvolta, i processi hanno tratto alimento e si sono fondati su perizie assolutamente errate e prive di qualsivoglia fondamento. Troppo spesso, insomma - come ben noto - si assiste a vicende giudiziarie che vedono sul banco degli imputati dei medici innocenti, che però vengono riconosciuti tali solo dopo un calvario lungo spesso molti anni.

Al fine di giudicare esattamente l'operato del medico convenuto in giudizio, sia preliminarmente al processo che durante lo stesso, è necessaria l'opera di un consulente medico del Tribunale che sia realmente esperto nella particolare materia tema della controversia. L'incessante sviluppo tecnico e scientifico della medicina non può essere alla portata di ogni medico legale o peggio di medici "cultori della materia" iscritti nell'elenco dei Consulenti Tecnici. A fini di giustizia è indispensabile fornire al Magistrato, di volta in volta, un elenco di specialisti di comprovata esperienza tecnica pari o maggiore del medico convenuto in Giudizio. Per questo fine si è costituita in seno all'AMAMI la Conferenza di Specialità composta dai presidenti delle Società Specialistiche maggiormente coinvolte. Questo per offrire le più qualificate ed obbiettive indicazioni tecniche su ogni tecnica utilizzata. E' stata quindi elaborata ed inviata una lettera ai Presidenti dei tribunali di tutta Italia, qui riportata integralmente.

Diffondere l'utilizzo dell'accordo arbitrale

Al fine di tutelare sia il paziente, realmente vittima dell'errore sanitario, che il medico innocente, è stato studiato il testo di un accordo arbitrale che, ove sottoscritto dalle parti vedrebbe ridursi notevolmente il ricorso sistematico alla Giustizia Ordinaria. Inoltre eviterebbe l'utilizzo del processo penale quale grimaldello per un risarcimento economico. Infatti la scelta di risolvere i profili di responsabilità civile attraverso la forma del compromesso arbitrale inibisce la possibilità di far valere in altra sede l'aspetto del risarcimento economico del danno.

Si tratta di uno strumento legale già previsto ed utilizzato abitualmente nei contratti delle polizze sanitarie o infortuni, negli appalti pubblici e privati ed in moltissimi altri rapporti.

La legalità dello strumento consiste nel fatto che le parti, nell'ambito della loro autonomia contrattuale, possono liberamente decidere di rivolgersi al giudice ordinario stabilito dallo Stato o ad un giudice privato. Libertà prevista espressamente dagli artt. 806 ss., c.p.c., sia perché implicitamente prevista dagli articoli 24 e 25 della Costituzione.

Il testo dell' "Accordo Arbitrale Amami" è stato studiato appositamente per non incorrere in problemi procedurali che potessero inficiarne il valore, come tale garantisce totalmente le parti solo se adottato nella sua formulazione integrale, comprensiva della paternità Amami.

Tra i vantaggi dell'arbitrato vi è sicuramente la celerità e l'agilità dello strumento, infatti ex art. 820 c.p.c., qualora non sia stabilito diversamente dalle parti, il giudizio deve essere terminato ed il lodo va emanato entro 180 giorni dalla costituzione del Collegio arbitrale. Inoltre il giudizio è affidato

sicuramente a soggetti competenti e di fiducia delle parti. Importante anche la possibilità di valutazione di diritto ma anche equitativa prevista.

Il giudizio arbitrale è un giudizio “privato” che risolve una controversia con funzione sostitutiva ad un primo grado di giudizio davanti ad un giudice ordinario e perciò equivalente ad esso, tant'è che la decisione (lodo) può essere direttamente impugnata in secondo grado, presso una Corte d'Appello.

In conclusione l'Arbitrato rappresenta una procedura più snella perché l'unico principio da rispettare è quello del contraddittorio e di minore impatto emotivo.

Si tratta in pratica di una rivoluzione nel campo sanitario, ma di una pratica ampiamente collaudata in atri ambiti.

“...Diverso è l'impatto della evoluzione della responsabilità civile, e dell'aumento di una contenziosità spesso astiosa, sull'operatore singolo. Entra in primo luogo in gioco il “trauma da controversia giudiziaria”, spesso accompagnata da una dirompente pubblicità. Per il singolo che vede messa in discussione la sua capacità professionale risulta difficile proseguire serenamente la sua vita di sempre. Ciò ben prima che la sua posizione sia definita con una sentenza, ed anche -quasi direi soprattutto- verrà definita con un' assoluzione, che non annullerà il “danno da processo” (si pensi alla ipotesi tutt'altro che peregrina che il risarcimento versato dopo una sentenza di condanna di primo grado, non possa essere recuperato dopo la sentenza di assoluzione di secondo grado). Di qui la necessità di prospettare forme accelerate di definizione del risarcimento attraverso procedure arbitrali...”

(Prof. Mario Cicala. Consigliere Corte Cassazione Roma - Atti 1° Congresso AMAMI)

Appoggiare il disegno di legge del 6.06.01

Di iniziativa del Senatore Antonio Tomassini, presidente della Commissione Sanità del Senato, è stato proposto un Disegno di Legge che, ove approvato, migliorerebbe sicuramente la tematica della responsabilità professionale del personale sanitario.

La legge proposta, nei tratti principali è connotata dai seguenti punti:

- far ricadere sulle strutture ospedaliere la responsabilità del danno cagionato durante l'assistenza;
- prevedere un'assicurazione obbligatoria per tutte le strutture sanitarie ospedaliere sia pubbliche che private;
- favorire il ricorso all'arbitrato per le vertenze di responsabilità medica;
- prevedere norme che snelliscano i tempi del risarcimento del danno;

- costituire un albo nazionale degli arbitri e dei consulenti tecnici d'ufficio.
- Appoggiamo e seguiamo con interesse l'iter del Disegno di Legge.

Costituire un deterrente

Al fine di costituire un deterrente per coloro che vedono in questo settore una possibilità di facile guadagno, l'Amami si affianca ai medici - che siano stati assolti dopo essere stati denunciati o citati in giudizio, in virtù di una azione del tutto priva di fondamento - supportandone l'azione risarcitoria che gli stessi intendano intentare per avere ristoro dei pregiudizi patiti.

L'azione risarcitoria può essere intentata:

- contro i medici consulenti tecnici che, con la loro azione peritale priva di fondamento scientifico ed avente conclusioni lontane dal vero, facciano incardinare un processo che poi si è concluso con un ribaltamento delle premesse;
- contro i medici consulenti di parte ove sostengano le tesi dell'attore a spregio della scienza medica;
- contro la temerarietà degli stessi pazienti.

L'azione inizia sempre a seguito di richiesta da parte di un medico associato, assolto nel giudizio penale e/o civile e che ritiene di essere stato vittima di accuse ingiuste. Il Consiglio Direttivo dell'A.M.A.M.I., conosciuti gli atti del giudizio ed ascoltato il parere preventivo dei consulenti del

Board Specialistico e del Board Legale, decide se intraprendere o meno l'azione al fianco del sanitario. In caso positivo, supporta il giudizio interamente, senza richiedere alcun onere all'assistito il quale devolverà alle casse dell'Associazione un compenso percentuale del risarcimento eventualmente stabilito dal giudice.

L'obiettivo dell'A.M.A.M.I. è, dunque, quello di fornire *counselling* ed assistenza nella citazione in giudizio dei soggetti che si siano resi responsabili di un'azione legale infondata contro un medico.

Lo scopo di tale azione di assistenza e supporto fornita dall'Associazione è quello di perseguire la duplice finalità - da un lato - di offrire un ristoro al professionista che sia stato vittima dell'ingiusta accusa di *malpractice* e - dall'altro - di dare vita ad un esempio forte che possa dissuadere e scoraggiare tutti coloro i quali intravedano nel settore della *medical malpractice* allettanti - quanto discutibili - prospettive di facile profitto.



Congresso Nazionale
Roma 12-13 marzo 2004

Ai Presidenti dei Tribunali d'Italia

I sottoscritti, riuniti a Roma, in occasione del Primo Congresso Nazionale dell'AMAMI, rappresentanti di oltre 20.000 medici chirurghi specialisti di varie branche,

- impegnati quotidianamente alla prevenzione dell'errore sanitario;
- preoccupati dall'incremento giornaliero delle richieste di risarcimento danni inoltrate verso i medici poi assolti per non avere commesso il fatto;
- certi che la vicenda giudiziaria anche se terminata con l'assoluzione del medico su determinati riserve in danno sia sotto il profilo patrimoniale che non patrimoniale;
- condividendo, a fini deflativi delle controversie giudiziarie, l'utilizzo dell'Accordo Arbitrale AMAMI;
- in considerazione dello sviluppo incessante del conoscenza ed applicazioni tecnico-scientifiche alla medicina;

sospirano che

PIACCIA alla S.V., in caso di scelta del CTU o, in subordine, quale ausiliario dello stesso, dominare specialisti della materia di comprovata esperienza tecnica pari o maggiore del medico convenuto. Rimaniamo a disposizione, al fine di fornire le più qualificate e obiettive indicazioni tecniche, tramite la Conferenza Permanente di Specialità, costituita in seno all'AMAMI.

Enrico Croce

Presidente Società Italiana Chirurgia (SIC)

Vincenzo Stanzani

Presidente Associazione Chirurghi Ortopedici Italiani (ACOI)

Vittorio Monteleone

Presidente Società Italiana Ortopedia e Traumatologia (SIOT)

Francesco Cirio

Presidente Associazione Societate Chirurgi Ortopedici e Traumatologi Italiani (Nuova ASOCTI)

Emilio Imperato

Presidente Società Italiana Ginecologia ed Ostetricia (SIGO)

Antonio Chiarera

Segretario Associazione Ovestici Ginecologi Ortopedici Italiani (AOGOI)

Maurizio Maggiorotti

Presidente Associazione per i Medici Accusati di Malpractice Ingiuriamente (A.M.A.M.I.)

A.M.A.M.I.

Via Nazionale 524 D, Anagni, LT 04017 Bracc - Tel. 04 3942454 - Fax 04 3022337

Site: www.amami.it/ammamiti.it E-Mail: info@amami.it/ammamiti.it



«ACCORDO ARBITRALE AMAMI»

In caso di contestazione dell'operato medico e per qualsiasi controversia inerente le prestazioni professionali espletate a favore del Sig. (come riferite nella cartella clinica relativa al presente ricovero e/o intervento) le parti rinunciano all'azione giudiziaria e optano per un arbitrato irri- tuale dando mandato ad un Collegio di tre professionisti, nomi- nati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso con- trario, dal Presidente del Tribunale nella cui circoscrizione si è svolta la prestazione, su istanza della parte più diligente, scelto tra gli esperti della materia.

Il Collegio eleggerà la propria sede nella medesima circoscrizione in cui si è svolta la prestazione e comporrà la controversia secon- do equità.

Il Collegio, a suo insindacabile giudizio, si farà affiancare per la durata del procedimento - al fine di mettere in luce le questioni tecniche essenziali e senza alcun potere decisionale - da uno spe- cialista del particolare campo medico oggetto della controversia.

Il Collegio, una volta costituito, in ragione degli obiettivi di rile- vanza sociale promossi dal presente «Accordo Arbitrale AMAMI» si impegna ad adottare i minimi di tariffa normativamente previ- sti ed a riconoscere, simbolicamente, il valore del 1% del proprio compenso all'AMAMI per scopi sociali.

Le parti sin d'ora s'impegnano ad accettare e non impugnare la soluzione equitativa emessa dal Collegio arbitrale.

Firma del Paziente

Firma del Medico

Firma del Rappresentante
Legale dell'Istituto di Ricovero

Indice

Editoriale	pag. 3
“Mission e Summa dell'attività al 2005”	» 5
Dalla medicina al diritto	» 15
I danni al medico colpito dall'ingiusta accusa di malpractice	» 21
La rivalsa esistenziale del medico innocente	» 29
La “mission” A.M.A.M.I.	» 41
Indice	» 51

Caleidoscopio

Italiano

... il futuro ha il cuore antico  MEDICAL SYSTEMS SpA

1. Rassu S.: *Principi generali di endocrinologia*. Gennaio '83
2. Rassu S.: *L'ipotalamo endocrino*. Giugno '83
3. Rassu S.: *L'ipofisi*. Dicembre '83
4. Alagna., Masala A.: *La prolattina*. Aprile '84
5. Rassu S.: *Il pancreas endocrino*. Giugno '84
6. Fiorini I., Nardini A.: *Citomegalovirus, Herpes virus, Rubella virus (in gravidanza)*. Luglio '84.
7. Rassu S.: *L'obesità*. Settembre '84
8. Franceschetti F., Ferraretti A.P., Bolelli G.F., Bulletti C.: *Aspetti morfofunzionali dell'ovaio*. Novembre '84.
9. Kubasik N.P.: *Il dosaggio radioimmunologico (1)*. Dicembre '84.
10. Kubasik N.P.: *Il dosaggio radioimmunologico (2) parte prima*. Gennaio '85.
11. Kubasik N.P.: *Il dosaggio radioimmunologico (2) parte seconda*. Febbraio '85.
12. Kubasik N.P.: *Il dosaggio radioimmunologico (3) parte prima*. Aprile '85.
13. Nacamulli D., Girelli M.E., Zanatta G.P., Busnardo B.: *Il TSH*. Giugno '85.
14. Facchinetti F. e Petraglia F.: *La β -endorfina plasmatica e liquorale*. Agosto '85.
15. Baccini C.: *Le droghe d'abuso (1)*. Ottobre '85.
16. Kubasik N.P.: *Il dosaggio radioimmunologico (3) parte seconda*. Dicembre '85.
17. Nuti R.: *Fisiologia della vitamina D: Trattamento dell'osteoporosi post-menopausale*. Febbraio '86
18. Cavallaro E.: *Ipnosi: una introduzione psicofisiologica*. Marzo '86.
19. Fanetti G.: *AIDS: trasfusione di sangue emoderivati ed emocomponenti*. Maggio '86.
20. Fiorini I., Nardini A.: *Toxoplasmosi, immunologia e clinica*. Luglio '86.
21. Limone P.: *Il feocromocitoma*. Settembre '86.
22. Bulletti C., Filicori M., Bolelli G.F., Flamigni C.: *Il Testicolo. Aspetti morfo-funzionali e clinici*. Novembre '86.
23. Bolcato A.: *Allergia*. Gennaio '87.
24. Kubasik N.P.: *Il dosaggio enzimologico e fluoroimmunologico*. Febbraio '87.
25. Carani C.: *Patologie sessuali endocrino-metaboliche*. Marzo '87.
26. Sanna M., Carcassi R., Rassu S.: *Le banche dati in medicina*. Maggio '87.
27. Bulletti C., Filicori M., Bolelli G.F., Jasonni V.M., Flamigni C.: *L'amenorrea*. Giugno '87.
28. Zilli A., Pagni E., Piazza M.: *Il paziente terminale*. Luglio '87.
29. Pisani E., Montanari E., Patelli E., Trinchieri A., Mandressi A.: *Patologie prostatiche*. Settembre '87.
30. Cingolani M.: *Manuale di ematologia e citologia ematologica*. Novembre '87.

31. Kubasik N.P.: *Ibridomi ed anticorpi monoclonali*. Gennaio '88.
32. Andreoli C., Costa A., Di Maggio C.: *Diagnostica del carcinoma mammario*. Febbraio '88.
33. Jannini E.A., Moretti C., Fabbri A., Gnessi L., Isidori A.: *Neuroendocrinologia dello stress*. Marzo '88.
34. Guastella G., Cefalù E., Carmina M.: *La fecondazione in vitro*. Maggio '88.
35. Runello F., Garofalo M.R., Sicurella C., Filetti S., Vigneri R.: *Il gozzo nodulare*. Giugno '88.
36. Baccini C.: *Le droghe d'abuso (2)*. Luglio '88.
37. Piantino P., Pecchio F.: *Markers tumorali in gastroenterologia*. Novembre '88.
38. Biddau P.F., Fiori G.M., Murgia G.: *Le leucemie acute infantili*. Gennaio '89.
39. Sommariva D., Branchi A.: *Le dislipidemie*. Febbraio '89.
40. Butturini U., Butturini A.: *Aspetti medici delle radiazioni*. Marzo '89.
41. Cafiero F., Gipponi M., Paganuzzi M.: *Diagnostica delle neoplasie colo-rettali*. Aprile '89.
42. Palleschi G.: *Biosensori in Medicina*. Maggio '89.
43. Franciotta D.M., Melzi D'Eril G.V. e Martino G.V.: *HTLV-I*. Giugno '89.
44. Fanetti G.: *Emostasi: fisiopatologia e diagnostica*. Luglio '89.
45. Contu L., Arras M.: *Le popolazioni e le sottopopolazioni linfocitarie*. Settembre '89.
46. Santini G.F., De Paoli P., Basaglia G.: *Immunologia dell'occhio*. Ottobre '89.
47. Gargani G., Signorini L.F., Mandler F., Genchi C., Rigoli E., Faggi E.: *Infezioni opportunistiche in corso di AIDS*. Gennaio '90.
48. Banfi G., Casari E., Murone M., Bonini P.: *La coriogonadotropina umana*. Febbraio '90.
49. Pozzilli P., Buzzetti R., Procaccini E., Signore E.: *L'immunologia del diabete mellito*. Marzo '90.
50. Cappi F.: *La trasfusione di sangue: terapia a rischio*. Aprile '90.
51. Tortoli E., Simonetti M.T.: *I micobatteri*. Maggio '90.
52. Montecucco C.M., Caporali R., De Gennaro F.: *Anticorpi antinucleo*. Giugno '90.
53. Manni C., Magalini S.I. e Proietti R.: *Le macchine in terapia intensiva*. Luglio '90.
54. Goracci E., Goracci G.: *Gli allergo-acari*. Agosto '90.
55. Rizzetto M.: *L'epatite non A non B (tipo C)*. Settembre '90.
56. Filice G., Orsolini P., Soldini L., Razzini E. e Gulminetti R.: *Infezione da HIV-1: patogenesi ed allestimento di modelli animali*. Ottobre '90.
57. La Vecchia C. *Epidemiologia e prevenzione del cancro (I)*. Gennaio '91.
58. La Vecchia C. *Epidemiologia e prevenzione del cancro (II)*. Febbraio '91.
59. Santini G.F., De Paoli P., Mucignat G., e Basaglia G., Gennari D.: *Le molecole dell'adesività nelle cellule immunocompetenti*. Marzo '91.
60. Bedarida G., Lizioli A.: *La neopterin nella pratica clinica*. Aprile '91.
61. Romano L.: *Valutazione dei kit immunochimici*. Maggio '91.
62. Dondero F. e Lenzi A.: *L'infertilità immunologica*. Giugno '91.
63. Bologna M. Biordi L. Martinotti S.: *Gli Oncogeni*. Luglio '91.
64. Filice G., Orsolini P., Soldini L., Gulminetti R., Razzini E., Zambelli A. e Scevola D.: *Infezione-malattia da HIV in Africa*. Agosto '91.
65. Signore A., Chianelli M., Fiore V., Pozzilli P., Andreani D.: *L'immunoscintigrafia nella diagnosi delle endocrinopatie autoimmuni*. Settembre '91.
66. Gentilomi G.A.: *Sonde genetiche in microbiologia*. Ottobre '91.
67. Santini G.F., Fornasiero S., Mucignat G., Besaglia G., Tarabini-Castellani G. L., Pascoli L.: *Le sonde di DNA e la virulenza batterica*. Gennaio '92.
68. Zilli A., Biondi T.: *Il piede diabetico*. Febbraio '92.

69. Rizzetto M.: *L'epatite Delta*. Marzo '92.
70. Bracco G., Dotti G., Pagliardini S., Fiorucci G.C.: *Gli screening neonatali*. Aprile '92.
71. Tavani A., La Vecchia C.: *Epidemiologia delle patologie cardio e cerebrovascolari*. Luglio '92.
72. Cordido F., Peñalva A., De la Cruz L. F., Casanueva F. F., Dieguez C.: *L'ormone della crescita*. Agosto '92.
73. Contu L., Arras M.: *Molecole di membrana e funzione immunologica (I)*. Settembre '92.
74. Ferrara S.: *Manuale di laboratorio I*. Ottobre '92.
75. Gori S.: *Diagnosi di laboratorio dei patogeni opportunisti*. Novembre '92.
76. Ferrara S.: *Manuale di laboratorio II*. Gennaio '93.
77. Pinna G., Veglio F., Melchio R.: *Ipertensione Arteriosa*. Febbraio '93.
78. Alberti M., Fiori G.M., Biddau P.: *I linfomi non Hodgkin*. Marzo '93.
79. Arras M., Contu L.: *Molecole di membrana e funzione immunologica (II)*. Aprile '93.
80. Amin R.M., Wells K.H., Poiesz B.J.: *Terapia antiretrovirale*. Maggio '93.
81. Rizzetto M.: *L'epatite C*. Settembre '93.
82. Andreoni S.: *Diagnostica di laboratorio delle infezioni da lieviti*. Ottobre '93.
83. Tarolo G.L., Bestetti A., Maioli C., Giovanella L.C., Castellani M.: *Diagnostica con radio-nuclidi del Morbo di Graves-Basedow*. Novembre '93.
84. Pinzani P., Messeri G., Pazzagli M.: *Chemiluminescenza*. Dicembre '93.
85. Hernandez L.R., Osorio A.V.: *Applicazioni degli esami immunologici*. Gennaio '94.
86. Arras M., Contu L.: *Molecole di Membrana e funzione immunologica. Parte terza: I Infociti B*. Febbraio '94.
87. Rossetti R.: *Gli streptococchi beta emolitici di gruppo B (SGB)*. Marzo '94.
88. Rosa F., Lanfranco E., Balleari E., Massa G., Ghio R.: *Marcatori biochimici del rimodellamento osseo*. Aprile '94.
89. Fanetti G.: *Il sistema ABO: dalla sierologia alla genetica molecolare*. Settembre '94.
90. Buzzetti R., Cavallo M.G., Giovannini C.: *Citochine ed ormoni: Interazioni tra sistema endocrino e sistema immunitario*. Ottobre '94.
91. Negrini R., Ghielmi S., Savio A., Vaira D., Miglioli M.: *Helicobacter pylori*. Novembre '94.
92. Parazzini F.: *L'epidemiologia della patologia ostetrica*. Febbraio '95.
93. Proietti A., Lanzafame P.: *Il virus di Epstein-Barr*. Marzo '95.
94. Mazzarella G., Calabrese C., Mezzogiorno A., Peluso G.F., Micheli P, Romano L.: *Immunoflogosi nell'asma bronchiale*. Maggio '95.
95. Manduchi I.: *Steroidi*. Giugno '95.
96. Magalini S.I., Macaluso S., Sandroni C., Addario C.: *Sindromi tossiche sostenute da principi di origine vegetale*. Luglio '95.
97. Marin M.G., Bresciani S., Mazza C., Albertini A., Cariani E.: *Le biotecnologie nella diagnosi delle infezioni da retrovirus umani*. Ottobre '95.
98. La Vecchia C., D'Avanzo B., Parazzini F., Valsecchi M.G.: *Metodologia epidemiologica e sperimentazione clinica*. Dicembre '95.
99. Zilli A., Biondi T., Conte M.: *Diabete mellito e disfunzioni conoscitive*. Gennaio '96.
100. Zazzeroni F., Muzi P., Bologna M.: *Il gene oncosoppressore p53: un guardiano del genoma*. Marzo '96.
101. Cogato I. Montanari E.: *La Sclerosi Multipla*. Aprile '96.
102. Carosi G., Li Vigni R., Bergamasco A., Caligaris S., Casari S., Matteelli A., Tebaldi A.: *Malattie a trasmissione sessuale*. Maggio '96.

103. Fiori G. M., Alberti M., Murtas M. G., Casula L., Biddau P.: *Il linfoma di Hodgkin*. Giugno '96.
104. Marcante R., Dalla Via L.: *Il virus respiratorio sinciziale*. Luglio '96.
105. Giovanella L., Ceriani L., Roncari G.: *Immunodosaggio dell'antigene polipeptidico tissutale specifico (TPS) in oncologia clinica: metodologie applicative*. Ottobre '96.
106. Aiello V., Palazzi P., Calzolari E.: *Tecniche per la visualizzazione degli scambi cromatici (SCE): significato biologico e sperimentale*. Novembre '96.
107. Morganti R.: *Diagnostica molecolare rapida delle infezioni virali*. Dicembre '96.
108. Andreoni S.: *Patogenicità di Candida albicans e di altri lieviti*. Gennaio '97.
109. Salemi A., Zoni R.: *Il controllo di gestione nel laboratorio di analisi*. Febbraio '97.
110. Meisner M.: *Procalcitonina*. Marzo '97.
111. Carosi A., Li Vigni R., Bergamasco A.: *Malattie a trasmissione sessuale (2)*. Aprile '97.
112. Palleschi G., Moscone D., Compagnone D.: *Biosensori elettrochimici in Biomedicina*. Maggio '97.
113. Valtriani C., Hurle C.: *Citofluorimetria a flusso*. Giugno '97.
114. Ruggenini Moiraghi A., Gerbi V., Ceccanti M., Barcucci P.: *Alcol e problemi correlati*. Settembre '97.
115. Piccinelli M.: *Depressione Maggiore Unipolare*. Ottobre '97.
116. Pepe M., Di Gregorio A.: *Le Tiroiditi*. Novembre '97.
117. Cairo G.: *La Ferritina*. Dicembre '97.
118. Bartoli E.: *Le glomerulonefriti acute*. Gennaio '98.
119. Bufi C., Tracanna M.: *Computerizzazione della gara di Laboratorio*. Febbraio '98.
120. National Academy of Clinical Biochemistry: *Il supporto del laboratorio per la diagnosi ed il monitoraggio delle malattie della tiroide*. Marzo '98.
121. Fava G., Rafanelli C., Savron G.: *L'ansia*. Aprile '98.
122. Cinco M.: *La Borreliosi di Lyme*. Maggio '98.
123. Giudice G.C.: *Agopuntura Cinese*. Giugno '98.
124. Baccini C.: *Allucinogeni e nuove droghe (I)*. Luglio '98.
125. Rossi R.E., Monasterolo G.: *Basofili*. Settembre '98.
126. Arcari R., Grosso N., Lezo A., Boscolo D., Cavallo Perin P.: *Eziopatogenesi del diabete mellito di tipo I*. Novembre '98.
127. Baccini C.: *Allucinogeni e nuove droghe (II)*. Dicembre '98.
128. Muzi P., Bologna M.: *Tecniche di immunostochimica*. Gennaio '99.
129. Morganti R., Pistello M., Vatteroni M.L.: *Monitoraggio dell'efficacia dei farmaci antivirali*. Febbraio '99.
130. Castello G., Silvestri I.: *Il linfocita quale dosimetro biologico*. Marzo '99.
131. Aiello V., Caselli M., Chiamenti C.M.: *Tumorigenesi gastrica Helicobacter pylori - correlata*. Aprile '99.
132. Messina B., Tirri G., Fraioli A., Grassi M., De Bernardi Di Valserra M.: *Medicina Termale e Malattie Reumatiche*. Maggio '99.
133. Rossi R.E., Monasterolo G.: *Eosinofili*. Giugno '99.
134. Fusco A., Somma M.C.: *NSE (Enolasi Neurono-Specifica)*. Luglio '99.
135. Chieffi O., Bonferraro G., Fimiani R.: *La menopausa*. Settembre '99.
136. Giglio G., Aprea E., Romano A.: *Il Sistema Qualità nel Laboratorio di Analisi*. Ottobre '99.

137. Crotti D., Luzzi I., Piersimoni C.: *Infezioni intestinali da Campylobacter e microrganismi correlati*. Novembre '99.
138. Giovanella L.: *Tumori Neuroendocrini: Diagnosi e fisiopatologia clinica*. Dicembre '99.
139. Paladino M., Cerizza Tosoni T.: *Umanizzazione dei Servizi Sanitari: il Case Management*. Gennaio 2000.
140. La Vecchia C.: *Come evitare la malattia*. Febbraio 2000.
141. Rossi R.E., Monasterolo G.: *Cellule dendritiche*. Marzo 2000.
142. Dammacco F.: *Il trattamento integrato del Diabete tipo 1 nel bambino e adolescente (I)*. Aprile 2000.
143. Dammacco F.: *Il trattamento integrato del Diabete tipo 1 nel bambino e adolescente (II)*. Maggio 2000.
144. Croce E., Olmi S.: *Videolaparoscopia*. Giugno 2000.
145. Martelli M., Ferraguti M.: *AllergoGest*. Settembre 2000.
146. Giannini G., De Luigi M.C., Bo A., Valbonesi M.: *TTP e sindromi correlate: nuovi orizzonti diagnostici e terapeutici*. Gennaio 2001.
147. Rassu S., Manca M.G., Pintus S., Cigni A.: *L'umanizzazione dei servizi sanitari*. Febbraio 2001.
148. Giovanella L.: *I tumori della tiroide*. Marzo 2001.
149. Dessì-Fulgheri P., Rappelli A.: *L'ipertensione arteriosa*. Aprile 2001.
150. The National Academy of Clinical Biochemistry: *Linee guida di laboratorio per lo screening, la diagnosi e il monitoraggio del danno epatico*. Settembre 2001.
151. Dominici R.: *Riflessioni su Scienza ed Etica*. Ottobre 2001.
152. Lenziardi M., Fiorini I.: *Linee guida per le malattie della tiroide*. Novembre 2001.
153. Fazii P.: *Dermatofiti e dermatofitosi*. Gennaio 2002.
154. Suriani R., Zanella D., Orso Giaccone G., Ceretta M., Caruso M.: *Le malattie infiammatorie intestinali (IBD) Eziopatogenesi e Diagnostica Sierologica*. Febbraio 2002.
155. Trombetta C.: *Il Varicocele*. Marzo 2002.
156. Bologna M., Colorizo V., Meccia A., Paponetti B.: *Ambiente e polmone*. Aprile 2002.
157. Correale M., Paradiso A., Quaranta M.: *I Markers tumorali*. Maggio 2002.
158. Loviselli A., Mariotti S.: *La Sindrome da bassa T3*. Giugno 2002.
159. Suriani R., Mazzucco D., Venturini I., Mazzarello G., Zanella D., Orso Giaccone G.: *Helicobacter Pylori: stato dell'arte*. Ottobre 2002.
160. Canini S.: *Gli screening prenatali: marcatori biochimici, screening nel 1° e 2° trimestre di gravidanza e test integrato*. Novembre 2002.
161. Atzeni M.M., Masala A.: *La β -talassemia omozigote*. Dicembre 2002.
162. Di Serio F.: *Sindromi coronariche acute*. Gennaio 2003.
163. Muzi P., Bologna M.: *Il rischio di contaminazione biologica nel laboratorio biosanitario*. Febbraio 2003.
164. Magni P., Ruscica M., Verna R., Corsi M.M.: *Obesità: fisiopatologia e nuove prospettive diagnostiche*. Marzo 2003.
165. Magri G.: *Aspetti biochimici e legali nell'abuso alcolico*. Aprile 2003.
166. Rapporto dello Hastings Center: *Gli scopi della medicina: nuove priorità*. Maggio 2003.
167. Beelke M., Canovaro P., Ferrillo F.: *Il sonno e le sue alterazioni*. Giugno 2003.
168. Macchia V., Mariano A.: *Marcatori tumorali nel cancro della vescica*. Luglio 2003.
169. Miragliotta G., Barra Parisi G., De Sanctis A., Vinci E.: *La Tuberculosi Polmonare: Diagnostica di Laboratorio*. Agosto 2003.

170. Aebischer T.: *Il Comitato Internazionale della Croce Rossa ed il Diritto Internazionale Umanitario*. Settembre 2003.
171. Martino R., Frallicciardi A., Tortoriello R.: *Il manuale della sicurezza*. Ottobre 2003.
172. Canigiani S. e Volpini M.: *Infarto acuto del miocardio: biochimica del danno cellulare e marcatori di lesione*. Novembre 2003.
173. La Brocca A., Orso Giacone G., Zanella D., Ceretta M.: *Laboratorio e clinica delle principali affezioni tiroidee*. Dicembre 2003.
174. Savron G.: *Le Fobie*. Gennaio 2004.
175. Paganetto G.: *Evoluzione storica del rischio di patologie umane per contaminazione chimica ambientale*. Febbraio 2004.
176. Giovanella L.: *Iperparatiroidismo e tumori paratiroidi*. Marzo 2004.
177. Severino G., Del Zompo M.: *Farmacogenomica: realtà e prospettive per una "Medicina Personalizzata"*. Aprile 2004.
178. Arigliano P.L.: *Strategie di prevenzione dell'allergia al lattice nelle strutture sanitarie*. Maggio 2004.
179. Bruni A.: *Malattia di Alzheimer e Demenza Frontotemporale*. Giugno 2004.
180. Perdelli F., Mazzarello G., Bassi A.M., Perfumo M., Dallera M.: *Eziopatogenesi e diagnostica allergologica*. Luglio 2004.
181. Franzoni E., Gualandi P., Pellegrini G.: *I disturbi del comportamento alimentare*. Agosto 2004.
182. Grandi G., Peyron F.: *La toxoplasmosi congenita*. Settembre 2004.
183. Rocca D.L., Repetto B., Marchese A., Debbia E.A.: *Patogeni emergenti e resistenze batteriche*. Ottobre 2004.
184. Tosello F., Marsano H.: *Scientific English Handout*. Novembre 2004.
185. La Brocca A., Orso Giacone G., Zanella D.: *Iperensione arteriosa secondaria: clinica e laboratorio*. Dicembre 2004.
186. Paganetto G.: *Malattie Neoplastiche: dalla Paleopatologia alle Fonti Storiche*. Gennaio 2005.
187. Savron G.: *La sindrome dai mille tic: il disturbo di Gilles de la Tourette*. Febbraio 2005.
188. Magrì G., Baghino E., Florida M., Ghiara F.: *Leishmania*. Marzo 2005.
189. Lucca U., Forloni G., Tiraboschi P., Quadri P., Tettamanti M., Pasina L.: *Invecchiamento, deterioramento cognitivo e malattia di Alzheimer*. Aprile 2005.
190. Volpe G., Delibato E., Orefice L., Palleschi G.: *Tossinfezioni alimentari e metodiche recenti ed innovative per la ricerca dei batteri patogeni responsabili*. Maggio 2005.
191. Mazzarello M.G., Albalustri G., Audisio M., Perfumo M., L. Cremonese G.: *Aerobiologia ed allergopatie*. Giugno 2005.
192. Scalabrino G., Veber D., Mutti E.: *Nuovi orizzonti biologici per la vitamina B12*. Luglio 2005.
193. Zepponi E.: *Guida pratica per gli utenti del laboratorio analisi*. Settembre 2005.
194. Faricelli R., Esposito S., Martinotti S.: *La sindrome da anticorpi anti-fosfolipidi*. Ottobre 2005.
195. Baccini C., Bezzi F., Conti M., Tazzari V.: *Doping e antidoping nello sport*. Novembre 2005.
196. Lozzi M.: *La Mediazione pacifica dei conflitti. Una risorsa socio-relazionale in ambito medico-sanitario*. Dicembre 2005.

197. Bracco G.: *Progettare un Laboratorio di Analisi*. Gennaio 2006.
198. Commissione Tecnica sul Rischio Clinico: *Risk management in Sanità. Il problema degli errori*. Febbraio 2006.
199. Angelucci A.: *Apoptosi e sistema immunitario: regolazione e patologie associate*. Marzo 2006
200. Casati G., Marchese E., Roberti V., Vichi M.C.: *La gestione dei processi clinico assistenziali per il miglioramento delle prassi*. Aprile 2006.
201. Zanella D., Ceretta M., Orso Giaccone G.: *Peptidi natriuretici: nuove frontiere in cardiologia?* Maggio 2006.
202. Cicala M., Dal Lago U., Vinci P., Maggiorotti M.: *L'accusa di malpractice in ambito medico*. Giugno 2006.



I volumi disponibili su Internet nel sito www.medicalsystems.it sono riportati in nero mentre in grigio quelli non ancora disponibili su Internet.

Inoltre sono disponibili un limitato numero di copie di alcuni numeri del Caleidoscopio che ormai sono “storiche”. Qualora mancassero per completare la collana potete farne richiesta al collaboratore Medical Systems della Vostra zona. I numeri sono: Caleidoscopio 14, 18, 33, 40, 48, 49, 50, 54, 65, 68, 84, 100, 106, 118, 121, 126, 129, 130, 131, 132, 133, 134. I volumi verranno distribuiti sino ad esaurimento e non verranno ristampati se non in nuove edizioni.

Caleidoscopio *Italiana*



Daniela Zanella, Marina Ceretta,
Giovanni Orso Giacone

Peptidi natriuretici: nuove frontiere in cardiologia?

Direttore Responsabile
Sergio Rasso

201

... il futuro ha il cuore antico  MEDICAL SYSTEMS SpA

Caleidoscopio
Rivista mensile di Medicina
anno 24, numero 202

Direttore Responsabile
Sergio Rasso
Tel. mobile 338 2202502
E-mail: sergiorasso@libero.it

Progettazione e Realizzazione



Restless Architect
of Human Possibilities s.a.s.

Consulenti di Redazione
Giancarlo Mazzocchi ed
Angelo Maggio

Responsabile Ufficio Acquisti
Giusi Cunietti

Segretaria di Direzione
Maria Speranza Giola

Servizio Abbonamenti
Maria Grazia Papalia
Flavio Damarciasi

EDITORE

... il futuro ha il cuore antico  **MEDICAL SYSTEMS SpA**

Via Rio Torbido, 40
16165 Genova (Italy)
Tel. 010 83401 Numero Verde 800 801005 (senza prefisso);
Telefax 010/8340310- 809070.
Internet URL: <http://www.medicalsystems.it>

La Medical Systems pubblica anche le seguenti riviste: Caleidoscopio Illustrato, Caleidoscopio Letterario, Giornale della Associazione per l'Automazione del Laboratorio, Guida Pratica Immulite[®], Journal of Clinical Ligand Assay, Pandora, Tribuna Biologica e Medica.

Stampa

Tipolitografia Nuova ATA
Via Gelasio Adamoli, 281 - Genova
Tel. 010 513120 - Fax 010 503320 - info@nuovaata.com - www.nuovaata.com

Registrazione Tribunale di Genova n. 34 del 31/7/1996
Iscrizione al Registro Nazionale della Stampa n° 2661 del 2 Settembre 1989
Iscrizione al Registro degli Operatori di Comunicazione (ROC) n° 1188

Finito di stampare: Giugno 2006
Sped. in Abb. Post. 45%

Pubblicazione protetta a norma di legge dall'Ufficio proprietà letteraria, artistica e scientifica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, dedicata all'aggiornamento professionale continuo e riservata ai medici.

Caleidoscopio viene anche letto e rilanciato da:
"L'ECO DELLA STAMPA"
Via Compagnoni, 28 - Milano



Prossimi Corsi ECM

- 2-12-2006 Nutrizione ed intolleranze alimentari. Acqui (AL)
- 24-11-2006 La Qualità nel Laboratorio Analisi. I costi della non Qualità. Bologna
- 18-11-2006 Le tiroiditi Arezzo
- 17-11-2006 Nuovi esami di laboratorio per la cardiologia. Giaveno (TO)
- 14-11-2006 Il controllo di gestione in una azienda sanitaria. Avellino
- 14-11-2006 Marcatori cardiaci: passato, presente e futuro. Adria (RO)
- 10-11-2006 Comunicazione corretta ed efficace con l'utilizzo dei modelli comunicativo relazionali in sanità. Casarano (LE)
- 10-11-2006 Il supporto clinico e laboratoristico nella diagnostica delle patologie cardiache. Milano
- 9-11-2006 Sviluppo di una Cultura gestionale con la creatività e la capacità di soluzione dei problemi. Taranto
- 8-11-2006 Parlare in pubblico ed arte oratoria per le presentazioni Congressuali in Medicina. Bari
- 8-11-2006 VEQ - la valutazione di qualità che produce qualità. Vibo Valentia
- 7-11-2006 Sviluppo di una Cultura gestionale con la creatività e la capacità di soluzione dei problemi. Giovinazzo (BA)
- 7-11-2006 La Qualità nel Laboratorio Analisi. La gestione per processi. Acqui (AL)
- 6-11-2006 Comunicazione corretta ed efficace con l'utilizzo dei modelli comunicativo relazionali in sanità. Terlizzi (BA)
- 2-11-2006 Affezione e buona motivazione al lavoro in ambito sanitario. Catania
- 31-10-2006 Affezione e buona motivazione al lavoro in ambito sanitario. Messina
- 30-10-2006 Cultura della Qualità e costi della "Non Qualità" in ambito sanitario. Messina

Sponsor Ufficiale

... il futuro ha il cuore antico

MEDICAL SYSTEMS S.p.A.



Safari Archivio Composizione Vista Cronologia Preferiti Finestra Aiuto

Benvenuti in Medical Systems S.p.A.
<http://www.medicalsystems.it/>

HOME | AZIENDA | CONTATTI | NEWS

MEDICAL SYSTEMS S.p.A.
di frontiera per il nuovo test

SERVIZI | PRODOTTI | ANALIZZATORI | PREEANALISI | SOFTWARE | CORSI | EVENTI ECM | EDITORIA | INFO

Bienvenuti in Medical Systems

DISTRIBUZIONI ESCLUSIVE PER L'ITALIA DPC

DPC DIAGNOSTIC PRODUCTS CORPORATION

Medical Systems offre una vasta gamma di soluzioni per la gestione del Laboratorio Clinico. I nostri strumenti più di tutto progettati (Point of Care e Central) integrati agli analizzatori per l'immunochimica e la Chimica Clinica, il software.

CORSI

Conoscere la gamma di strumenti e le metodologie analitiche, comprendere anche gli aspetti applicativi, il ruolo di Chiama-test, il modo di lavorare, la gestione del laboratorio, i vantaggi e le limitazioni, la gestione e l'implementazione.

www.dpc.it/it

PRODOTTI IMMUNOMETRICI

In questo settore è necessario strumenti efficienti, economici, precisi, a basso costo, che siano anche in grado di fornire risultati precisi e affidabili in modo multiplex e automatizzato.

METODICHE

- ✓ **SCHERMI DI SICUREZZA**
- ✓ **ELIMIO ALLERGENI**

SOFTWARE PER LA GESTIONE DEL LABORATORIO D'ANALISI

IL NOSTRO SOFTWARE DI GESTIONE DEL LABORATORIO CLINICO (LIMS) è in grado di gestire ogni fase del processo di analisi, dalla richiesta di analisi alla gestione del risultato.

INTEGRITÀ

- ✓ **INTEGRITÀ**
- ✓ **PRECISIA**
- ✓ **REAL TIME SERVICE**

EVENTI ECM

Partecipare ai nostri eventi formativi, con seminari, corsi, workshop, convegni, congressi, con il nostro personale altamente qualificato, per conoscere di persona le nostre soluzioni e i nostri servizi.

www.dpc.it/it

EDITORIA SCIENTIFICA PER LA PROPRIA CLIENTELA

Il nostro sito editoriale fornisce la soluzione per la gestione di ogni fase del processo di analisi, dalla richiesta di analisi alla gestione del risultato.

- ✓ **CALENDARIO**
- ✓ **CLASS**
- ✓ **BRISA IMMUNITA'**
- ✓ **PARADIGMA**
- ✓ **DATA CITY PER AIDS**

PREEANALITICA

Conoscere il ruolo della Preeanalisi nella gestione del Laboratorio Clinico.

www.dpc.it/it

NEW! - IgG Allergene Specifiche!!! **NEW!** - NT-ProBNP!!!

Medical Systems S.p.A. - Via. Via. Torino, 25 - 00198 Roma - Tel. 06.52441 - info@medicalsystems.it

In caso di mancato recapito,
 prega ritornare al mittente che pagherà la tassa dovuta.



CALEIDO 202

€ 10,33