


Anno III

2
2007



IN QUESTO NUMERO:

- L'OUA prepara la 2^a conferenza nazionale della Giustizia
- AIGA: La dignità!
- Medicina Legale - Medici e lavoro d'equipe
- Mentalmente disturbati!
- Civil law o common law?
- Il falso in bilancio
- Criminologia: I piromani
- Storia dell'Avvocatura Nissena
- Commissione Pari Opportunità - Il questionario 2007
- Troppe e inutili garanzie!
- Premio letterario 

**PERIODICO
DELL'ORDINE
DEGLI AVVOCATI
DI CALTANISSETTA**

RIVISTA DELL' AVVOCATURA



RIVISTA DELL' AVVOCATURA

Direttore Responsabile

AVV. EMANUELE LIMUTI

Coordinatore di Redazione

Avv. Renata Accardi

Redazione

Avv. Giuseppe Iacona

Avv. Francesco Panepinto

Avv. Sergio Iacona

Avv. Giuseppe Panepinto

Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Caltanissetta,

Via Libertà n. 3 - 93100 Caltanissetta

Tel. 0934.591264

e-mail: rivistavvocatura@yahoo.it

Impaginazione e stampa:

Lito Art S.r.l. - Via Vespri Siciliani, 85

Caltanissetta - Tel. 0934.583074 - Fax 0934.542705

e-mail: lito.art@virgilio.it

Autorizzazione del Tribunale di Caltanissetta

n. 187 del 6 Aprile 2005

2/2007

Sommario

L'Editoriale di E. LIMUTI	p. 2
Il Consiglio dell'Ordine di G. IACONA	p. 3
La Camera Penale di S. IACONA	p. 4
L'OUA prepara la 2ª conferenza nazionale della Giustizia di R. BARBIROTTO	p. 6
La Camera Civile - La laicità del Crocefisso di F. PANEPINTO	p. 8
AIGA - La dignità: l'Uomo e l'Avvocato di G. PANEPINTO	p. 9
Il Medico legale: Medici e lavoro d'equipe di V. MILISENNA	p. 10
Mentalmente disturbati di G. TONA	p. 13
Civil law o common law? di C. ARIOSTO	p. 16
Giuria Popolare si! Giuria Popolare no! di A. SALERNO	p. 18
Troppe e inutili garanzie di G. DACQUI	p. 20
Criminologia e dintorni: I piromani di E. LIMUTI	p. 21
Storia dell'Avvocatura nissena Ma è proprio necessario riformare il processo del lavoro? di A. CATALANO	p. 23 p. 25
Nel cassetto... separazione delle carriere di F. SICILIANO	p. 27
Chi ci assolve dal tributo?! di M. G. RIGGI E S. ALFANO	p. 30
Grazie, Roma! di F. TIMPANELLI	p. 34
Il questionario '07 sulle pari opportunità di F. CARAPEZZA	p. 36
Codice dell'Amministrazione di A. MASTROSIMONE	p. 38
Eva togata di R. ACCARDI	p. 39
Il diritto tra il serio e il faceto di A. SAIA	p. 41
L'Occhio e Jurisverba di TALEIUM NELEIUM	p. 43

All'interno, Sezione di legislazione, giurisprudenza e dottrina a cura di *Marzia Maniscalco* e *Marcello Mancuso*
Articoli di *F. Giunta*, *M. Maniscalco*.



IL MEDICO LEGALE

Medici e lavoro d'equipe

Cooperazione finalizzata alle cure o... occasione di complicità per culpa in vigilando?

Come in ogni problematica inerente la comunicazione, non appare peregrino rinfrescare la memoria sul significato di équipe, per cui testualmente si riporta quanto ci è dato leggere sull'Enciclopedia - Enciclopedia generale équipe sf. francese. 1) Gruppo di persone che svolgono un'attività in comune: lavoro d'équipe; in particolare, in pedagogia, gruppo di lavoro che ha il proprio corrispondente nei termini anglosassoni di staff o di team. Con équipe si designa anche il gruppo di studio sia nell'ambito della ricerca. ...

L'interessamento all'équipe è stato sollecitato dalla lettura della sentenza n.33619 emessa dalla IV sez. Penale della Suprema Corte in data 12.07.2006 di cui riportiamo la uno stralcio:

"... ogni sanitario è responsabile non solo del rispetto delle regole di diligenza e perizia connesse alle specifiche ed effettive mansioni svolte, ma deve anche conoscere e valutare le attività degli altri componenti dell'"équipe" in modo da porre rimedio ad eventuali errori posti in essere da altri, purché siano evidenti per un professionista medio, giacché le varie operazioni effettuate convergono verso un unico risultato finale".

Per altro non può sottacersi che la lettura dell'intero dispositivo, indubbiamente pregno di riferimenti dottrinali e giuridici, fa molto riflettere, specie se per un attimo si prova ad applicarlo nelle sale di degenza, nelle sale operatorie, nei pronto soccorso, in tutti quei luoghi insomma in cui il principio dell'affidamento è così frammisto allo svolgimento del lavoro da divenire indistinguibile.

Senza volersi arrogare l'autorevolezza di "critica" specie se rapportata ad un provvedimento emesso dalla

"ogni sanitario è responsabile non solo del rispetto delle regole di diligenza e perizia connesse alle specifiche ed effettive mansioni svolte, ma deve anche conoscere e valutare le attività degli altri componenti dell'"équipe"

Suprema Corte, non può non osservarsi, che è proprio l'autorevolezza riconosciuta a tale provvedimento che spessissimo, prendendo a prestito "l'orientamento" scaturente finisce, pur senza colpa, di fare di tutte l'erbe un fascio.

Deve anche dirsi che se da un lato appare forse "naturalmente giusto" appellarsi alla "cultura media", bisognerebbe, entrando nel merito chiedersi cos'è oggi la "cultura media" che si deve pretendere da un sanitario, specie se tale pretesa conoscenza esula dal suo campo specialistico per addentrarsi in ambiti mai praticati.

Problemi troppo piccoli per la dottrina? Pensiamo decisamente di no e per superficializzare la vastità e la pregnanza della problematica sollevata, mi perdoneranno i lettori, entreremo nel merito pratico.

Un soggetto viene ricoverato in ospedale, trattasi di soggetto anziano, con una febbre che sembrerebbe essere ascrivibile ad una infezione urinaria, ma anche portatore di ipertensione arteriosa mal dominata da terapia farmacologia, esiti da pregresso infarto miocardico, insufficienza vascolare da verosimile vasculosclosi, diabete mellito tipo II e ragguardevole deficit del visus.

Nel corso della degenza (lo stato febbrile non risulta del tutto debellato), i Nefrologi (il Paziente è stato correttamente ricoverato in Nefrologia), chiedono la consulenza oculistica, vogliono infatti constatare se il deficit del visus è da ascrivere ad una retinopatia (ipertensiva e/o diabetica).

In oculistica sono tutti impegnati, per cui la consulenza extrareparto viene espletata dal Primario (sarebbe corretto appellarlo Direttore), che, visita il Paziente

"Deve anche dirsi che se da un lato appare forse "naturalmente giusto" appellarsi alla "cultura media", bisognerebbe, entrando nel merito chiedersi cos'è oggi la "cultura media" che si deve pretendere da un sanitario, specie se tale pretesa conoscenza esula dal suo campo specialistico per addentrarsi in ambiti mai praticati"

formula diagnosi di retinopatia diabetica e prescrive, una volta migliorate le condizioni l'effettuazione di una fluorangiografia.

Ma lo stato febbrile dopo un iniziale miglioramento peggiora, sfociando in una sepsi che porta a morte il Paziente.

La C.T.U. disposta sugli atti evidenzia che la terapia antibiotica praticata dai nefrologi non era idonea, infatti seppur l'antibiotico prescritto era qualitativamente idoneo, per il caso in esame risultava sottodosato; precisa inoltre che le ultime tendenze scientifiche, in casi del genere, optano per una terapia plurifarmaco, piuttosto che per la somministrazione di un solo antibiotico ancorché valido a "largo spettro".

Prima della sentenza, l'organo inquirente avrebbe correttamente chiamato a rispondere del fatto solo i Nefrologi, ma alla luce dei nuovi orientamenti cosa succede?

Viene richiesto al C.T.U. un supplemento di consulenza, con la formulazione del seguente quesito:

La corretta posologia con cui doveva essere somministrato l'antibiotico scelto dai nefrologi ovvero gli orientamenti verso la terapia plurifarmaco, sono patrimonio scientifico del professionista medio o sono da ritenere esclusivo appannaggio di un patrimonio culturale specialistico?

Il C.T.U. che per quanto attento espleta il suo lavoro "ex post" e basandosi sugli elementi conosciuti, non avrà alcun dubbio a rispondere che un qualsiasi medico, ancorché non specialista in materia ma attento e cosciente, avrebbe dovuto conoscere tipo di antibiotico da somministrare e posologia dello stesso.

Alla luce del supplemento di c.t.u., all'oculista, sin'ora ignaro dell'accaduto, verrà

recapitato, con tutto quello che ne consegue ... l'avviso di garanzia.

Giunti alla fase dibattimentale, il P.M.:

● dopo aver citato il principio dell'affidamento, in base al quale ogni soggetto non può ritenersi obbligato a delineare il proprio comportamento in funzione del rischio di condotte colpose altrui, atteso che potrà sempre fare affidamento, appunto, sul fatto che gli altri soggetti agiscano nell'osservanza delle regole di diligenza proprie;

● centerà la sua attenzione sul principio dell'affidamento cosiddetto relativo o temperato, facendo coincidere le necessità primaria di salvaguardia della vita e dell'integrità psico-fisica del paziente con quella della

personalità della responsabilità penale;

● continuerà quindi citando l'orientamento della S.C. sulla responsabilità medica d'equipe, enfatizzando il dovere generico di reciproco controllo, a prescindere dal ruolo rivestito all'interno dell'equipe;

● concluderà rimarcando che nella fattispecie la genericità dell'obbligo risulta rafforzata in quanto trattasi di errore "evidente e non di mero appannaggio specialistico" quindi ben individuabile e soprattutto emendabile con le conoscenze scientifiche del professionista medio.

La difesa con grande fatica proverà a scalare la montagna della dottrina, forse dimentica del fatto che in quell'aula al valore di una "vita" viene contrapposto un comportamento, forse negativo nella realtà dei fatti, ma pregno di dottrina atta a giustificarne l'omissività.

Sperando di conseguire i suoi intenti, la difesa si appellerà al fatto che può essere imputata responsabilità solo ed allorquando il mancato o l'inesatto controllo sul comportamento colposo del partecipante sia dovuto alla mancata osservanza di *leges artis* generiche, e non specialistiche, pertinenti cioè alle conoscenze professionali di ciascun medico in quanto tale e rese evidenziabili dalle concrete circostanze del caso.

Ma nella mente del Giudicante, echeggeranno le parole del C.T.U., sentito in fase dibattimentale:

"Un qualsiasi medico, ancorché non specialista in materia ma attento e cosciente, avrebbe dovuto conoscere tipo di antibiotico da somministrare e posologia dello stesso."

L'esito del processo appare scontato e nulla quaestio può essere posta sulla base dottrinale né sulla conduzione giurisprudenziale scaturente.

Ma nella realtà?

Nella realtà avremo il Primario oculista con alle spalle trentenni di onorata e brillante carriera, in grado di eseguire interventi avanzati sulla retina, che infinite volte ha fatto riacquisire la "vista" a tanti malcapitati, che subirà una condanna senza capirne il perché.

Certo meglio essere assolti senza capire piuttosto che condannati capendo, ma proviamo ad immaginare l'animo dell'oculista, allorquando verrà condannato e non potrà capire, proviamo ad immaginare cosa penserà della "SOCIETAS" cui tanto ha dato, quando attraverso un nobile strumento della stessa "SOCIETAS" (il giusto processo), viene messo alla gogna e gli vien detto ... hai sbagliato e per tua colpa qualcuno è morto.

"Certo meglio essere assolti senza capire piuttosto che condannati capendo"

"Un qualsiasi medico, ancorché non specialista in materia ma attento e cosciente, avrebbe dovuto conoscere tipo di antibiotico da somministrare e posologia dello stesso."

“La difesa con grande fatica proverà a scalare la montagna della dottrina, forse dimentica del fatto che in quell’aula al valore di una “vita” viene contrapposto un comportamento, forse negativo nella realtà dei fatti, ma pregno di dottrina atta a giustificarne l’omissività”

L’oculista non si perde d’animo, seguendo, come sempre ha fatto, principi di rettitudine ed onestà ed approfittando dell’autorevolezza universalmente riconosciutagli, parla con i Colleghi, spiega loro l’accaduto e li esorta a mettere in essere comportamenti di massima vigilanza, vuole infatti evitare che essi stessi ... sbagliano.

Dall’indomani mattina, in quell’ospedale l’attività medica va in tilt, infatti in ogni corsia ed in ogni sala operatoria si accendono dibat-

titi sulla correttezza quali-quantitativa delle cure prescritte e/o praticate; il prescrittore se caratterialmente assertivo sosterrà la correttezza della diagnosi e/o della terapia, ma il “compartecipe” se non si riterrà soddisfatto vorrà entrare nel merito, magari approfondendo la problematica sulla rete e quindi dicendo, aspetta, sentiamo un terzo parere, insomma, un luogo di cura potrà trasformarsi nell’SPQR, solo che non sarà la dialettica a trionfare ma lo scorrere del tempo, e magari mentre il medico studia o difende le proprie convinzioni ... il malato muore.

Per onestà intellettuale ed in osservanza ai principi etici della professione medica, va detto che è assolutamente ingiusto “far spallucce” asserendo che quella terapia o quella malattia “... non sono di pertinenza della mia specialistica”, com’è altrettanto grave ed improponibile creare un esercito di controllori e controllati che, ob torto collo chiamati al capezzale di un paziente, si guardano anzi “si controllano in cagnesco”.

Non può assolutamente portare in secondo piano che ci si muove in un ambito scientifico ben lontano dalle scienze matematiche, foriere di esattezza, basta infatti consultare la letteratura scientifica internazionale, per trovare sullo stesso argomento, insigni Autori che hanno scritto tutto ed il contrario di tutto.

Ma ancora, la nostra legislazione, consente a chi è in possesso di una laurea in medicina e chirurgia e della correlata abilitazione professionale di esercitare l’ars medica in tutti i suoi ambiti con esclusione di “Anestesia e Rianimazione, Radiologia, Radioterapia e Medicina Nucleare), per il cui esercizio necessita l’aver conseguito la

le cure ospedaliere, forse con la sola esclusione di taluni trattamenti ambulatoriali, sono rese in equipe e fondate sul principio dell’affidamento

debita specializzazione.

Qual’è il grado, la vastità e soprattutto quali sono i limiti culturali che devono obbligatoriamente essere posseduti dal professionista medio ancorché non specialista? Va anche ricordato che il principio dell’affidamento è parte integrante dell’attività in tantissimi aspetti della medicina ma diviene indistinguibile allorquando ci si sposta in ambito di medicina ospedaliera.

Immaginate in concreto la consegna di “fine turno” al Pronto Soccorso o in Reparto o la infungibile preparazione dell’operando, p.e. in caso di operazioni al colon il sanitario subentrante avrà l’obbligo di valutare se l’operato dello smontante e di tutti coloro che hanno avuto a che fare con il caso è stato eseguito secondo i dettami della *leges artis* generica

Proseguendo, la visita preanestesiologica eseguita dall’anestesista in turno il pomeriggio antecedente l’intervento, dovrà essere ripetuta se l’anestesista dell’intervento (fatto routinario) non è quello che ha eseguito la visita?

Delle due l’una o ci si “affida” oppure è inutile far eseguire la visita preanestesiologica ad anestesista diverso da quello che poi procederà ad indurre l’anestesia.

Centinaia e centinaia di esempi servirebbero solo ad appesantire inutilmente la trattazione di una materia dove il principio dell’affidamento è tutt’uno con lo svolgimento della materia stessa, infatti, tornando al concetto di equipe, considerato che nel corso di un trattamento ospedaliero tutti i sanitari (medici e non) chiamati al capezzale del malato, con azioni diverse ed a volte anche temporalmente differenziate, perseguono un fine unico e condiviso (la salute psico-fisica dell’ammalato), senza tema di smentite possiamo affermare che le cure ospedaliere, forse con la sola esclusione di taluni trattamenti ambulatoriali, sono rese in equipe e fondate sul principio dell’affidamento.

Probabilmente dopo avere sdottrinato il problema ed averne in parte sviscerato la reale drammaticità, prendendo a prestito un detto popolare (VOX POPULI VOX DEI), non sembrerebbe azzardato pensare che in taluni casi, e questo nuovo orientamento non sembrerebbe fare eccezione, la cura è peggiore della malattia. -

“non sembrerebbe azzardato pensare che in taluni casi, e questo nuovo orientamento non sembrerebbe fare eccezione, la cura è peggiore della malattia”

Dott. Vito C. M. Milisenna

Resp. U.O. Dipartim. di Med. Legale Az. Osp. S.Elia
Caltanissetta