

# GINECOLOGIA & OSTETRICIA FORENSE

Organo Ufficiale dell'Associazione  
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

*Editor in Chief*

A. Tomassini

*Assistant*

M. A. Buscaglia, M. Campogrande,  
A. Careccia, A. Chiàntera, P. Ciarlo,  
V. Cirese, P. Curiel, R. Forleo,  
G. Fusco, N. Gasparro,  
N.A. Giulini, A. Lepre,  
A. M. Marconi, A. Marra,  
L. Massacesi, A. Melani, G. Monni,  
G. Pisotti, P. Scollo, C. Signorelli,  
C. M. Stigliano, T. Tarsitano

*Direttore scientifico*

V. Dubini

*Direttore responsabile*

G. Frascati

*Pubblicità*

Publiem srl

Centro Direzionale Colleoni

Palazzo Perseo, 10  
20041 Agrate (MI)

*Editore*



CRITICAL MEDICINE  
PUBLISHING

Critical Medicine Publishing  
Via G. Squarcina, 3 - 00143 Roma  
Tel. 06.519511  
www.cmpedizioni.it

*Realizzazione grafica e stampa*  
Istituto Arti Grafiche Mengarelli  
Roma

Finito di stampare  
nel mese di luglio 2006

# SOMMARIO

VOL. 1 • N. 1 • 2006

- News sul contratto: la tutela assicurativa  
ed il risk-management . . . . . 3  
C. Gigli
- Checklist per identificare l'origine della paralisi cerebrale. . . . 8  
M. Di Tommaso, A.L. Tranquilli
- Quale polizza per il rischio professionale:  
aziendale e/o personale? . . . . . 21  
M. Franchini
- Istituzione fondo speciale ex art. 24 - presso la Regione  
Piemonte (assicurazione regionale) . . . . . 25  
A. Schiavone, E. Malagoli, M. Politi, M. Bertino
- In tema di responsabilità penale del medico  
l'art. 2236 Cod. Civ. non trova diretta applicazione. . . . . 31  
F. Pontonio, C. Pontonio
- Malformazione del feto, mancata interruzione  
della gravidanza, danni non patrimoniali dei genitori . . . . . 37  
P. Cendon
- La lite temeraria ed il patto di quota lite . . . . . 46  
P. Maggi



## News sul contratto: la tutela assicurativa ed il risk-management

**Carmine Gigli** - Presidente coordinatore FESMED

Il Contratto di lavoro (CCNL 2002-2005) sancisce la responsabilità dell'Azienda per quanto riguarda la tutela assicurativa dei propri dipendenti ed in particolare dei dirigenti medici, nei contenziosi giudiziari insorti per motivi attinenti il servizio. Infatti, all'articolo 21 si afferma per la prima volta ed in maniera inequivocabile che: "Le aziende garantiscono un'adeguata

copertura assicurativa della responsabilità civile di tutti i dirigenti della presente area, ivi comprese le spese di giudizio ... per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie dei terzi, relativamente alla loro attività, ivi compresa la libera professione intramuraria, senza diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave".<sup>1</sup>

<sup>1</sup> CCNL 2002-2005 del 3 novembre 2005. Gazzetta Ufficiale n. 264/2005. Art. 21 - Copertura assicurativa

1. Le aziende garantiscono una adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile di tutti i dirigenti della presente area, ivi comprese le spese di giudizio ai sensi dell'art. 25 del CCNL dell'8 giugno 2000 per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie dei terzi, relativamente alla loro attività, ivi compresa la libera professione intramuraria, senza diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave.
2. Le aziende ed enti provvedono alla copertura degli oneri di cui al comma 1 con le risorse destinate a tal fine nei bilanci, incrementate con la trattenuta di misura pro-capite da un minimo di € 26,00 mensili (già previsti dall'art. 24, comma 3 del CCNL dell'8 giugno 2000) ad un massimo di € 50,00, posta a carico di ciascun dirigente per la copertura di ulteriori rischi non coperti dalla polizza generale. La trattenuta decorre dall'entrata in vigore della polizza con la quale viene estesa al dirigente la copertura assicurativa citata.
3. Le aziende ed enti informano i soggetti di cui all'art. 10 del CCNL 8 giugno 2000 di quanto stabilito ai sensi del comma 2.
4. Sono fatte salve eventuali iniziative regionali per la copertura assicurativa attuate anche sulla base delle risultanze della Commissione istituita ai sensi dell'ex art. 24 del CCNL 8 giugno 2000.
5. Le aziende attivano sistemi e strutture per la gestione dei rischi, anche tramite sistemi di valutazione e certificazione della qualità, volti a fornire strumenti organizzativi e tecnici adeguati per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti nell'ottica di diminuire le potenzialità di errore e, quindi, di responsabilità professionale nonché di ridurre la complessiva sinistrosità delle strutture sanitarie, consentendo anche un più agevole confronto con il mercato assicurativo. Al fine di favorire tali processi le aziende ed enti informano le organizzazioni sindacali di cui all'art. 9 del CCNL dell'8 giugno 2000.
6. Sono disapplicati i commi da 1 a 4 dell'art. 24 del CCNL 8 giugno 2000.

NOTA ESPLICATIVA DELL'ART. 21 - Le parti, a titolo di interpretazione autentica, chiariscono che l'espressione "ulteriori rischi" del comma 2 può significare tanto la copertura da parte del dirigente - mediante

Naturalmente la quota parte del costo assicurativo riferito alla rivalsa, in caso di colpa grave del dirigente, non potrà essere a carico dell'Azienda perché così ha sentenziato la Corte dei conti. Per tale motivo, lo stesso articolo 21 del Contratto di lavoro stabilisce che le Aziende esercitino una trattenuta pro-capite, per la copertura di ulteriori rischi (compresa la colpa grave) non coperti dalla polizza generale aziendale. Tali trattenute potranno andare da un minimo di € 26 mensili ad un massimo di € 50. Aver ottenuto che sia posto in capo alle Aziende il compito di garantire "un'adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile", non deve farci abbassare la guardia a livello di trattativa decentrata aziendale. Dalle indiscrezioni raccolte a livello di coordinamento regionale e di trattativa aziendale, stanno emergendo delle interpretazioni della norma che non sembrano rispondere in pieno allo spirito del dettato contrattuale.

Alcune Regioni hanno deciso di introdurre una polizza comune per tutte le loro Aziende, facendosi carico del "primo rischio" o di una "franchigia". Tale operazione è certamente legittima, specialmente se consentirà un risparmio di gestione. Non può essere considerata accettabile, invece, la previsione che si possa porre una franchigia a carico del medico per la copertura del rischio di rivalsa in caso di colpa grave o, peggio ancora, che la polizza per la colpa grave del personale dipendente possa avere

un massimale per sinistro inferiore a quello previsto per la polizza aziendale. Si potrebbe verificare la circostanza che l'Azienda venga chiamata a pagare un indennizzo di 5.000.000 di euro, regolarmente coperti dalla sua polizza e poi si rivalga sul medico, la cui polizza ha un massimale inferiore (ad esempio di 1.500.000 euro). Chi pagherà la differenza fra i due importi? Per tale motivo deve essere chiaro che non si potranno accettare polizze Aziendali per le quali siano previsti dei massimali diversi fra la copertura aziendale e quella per la copertura del rischio di rivalsa.

Un altro pericolo per la tutela professionale del medico proviene da quelle Aziende che, per risparmiare, stanno cercando di stipulare dei contratti assicurativi nei quali è previsto che la polizza aziendale operi come "secondo rischio", nei casi in cui è in essere una polizza assicurativa personale del medico. I medici della FESMED ritengono che questo sia contrario allo spirito della norma contrattuale. Come è stato detto, l'articolo 21 del CCNL 2002-2005 pone in capo all'Azienda il compito di garantire un'adeguata copertura assicurativa per il medico. Questa conquista sindacale ha lo scopo di svincolare il medico dalla necessità di contrarre una polizza assicurativa personale, come è stato costretto a fare spesso in passato per sopperire alle carenze assicurative di alcune Aziende. Una polizza aziendale che si basi sull'esistenza di una polizza personale non consente ai medici

---

gli oneri a suo carico – di ulteriori rischi professionali derivanti dalla specifica attività svolta quanto la copertura dal rischio dell'azione di rivalsa da parte dell'azienda o ente in caso di accertamento di responsabilità per colpa grave.

che operano in esclusività di rapporto di poter fare a meno di una polizza personale, gravando in tal modo sulle loro finanze e creando delle sperequazioni fra i medici, a danno di quelli che operano in branche specialistiche a maggiore rischio di contenzioso medico-legale, come le specialità chirurgiche. Non dobbiamo dimenticare che lo stipendio tabellare è uguale per tutti i dirigenti medici e non si può accettare che i medici impiegati in specialità a più elevato rischio di contenzioso medico-legale, per poter svolgere la loro professione, siano costretti a contrarre delle gravose polizze assicurative.

L'efficacia temporale della copertura assicurativa è un altro punto importante. Le compagnie assicuratrici stanno offrendo alle Aziende sanitarie delle polizze con la formula "claims made", secondo la quale rientrano in garanzia le richieste di risarcimento del danno pervenute durante il periodo di efficacia della polizza, con l'aggravio del requisito che il danno si deve essere verificato durante il medesimo periodo. Se consideriamo con quale frequenza le Aziende passano da una polizza all'altra, è facile comprendere quante difficoltà si presenteranno, in regime di "claims made", per rucicare i vari periodi assicurativi e cercare di limitare i casi di "scopertura". Questo richiede una particolare attenzione, in sede di trattativa decentrata aziendale, per evitare che la polizza aziendale trascuri di prevedere: un'adeguata copertura per le richieste di risarcimento per danni verificatisi in periodi antecedenti l'entrata in vigore della polizza e contestualmente, l'operatività per le denunce tardive che com'è noto possono essere presentate anche a distanza di molti anni dall'evento. Non dobbiamo dimenticare i problemi posti

dalla crescente pratica della mobilità dei dirigenti, anche fra Aziende di regioni diverse. In questi casi può porsi il problema della rivalsa per colpa grave nei confronti di un medico che ha cambiato Azienda. Se l'azione è scaturita da un evento avverso verificatosi alcuni anni prima del suo trasferimento, quel medico può trovarsi scoperto perché la polizza ha cessato la sua efficacia. In questi casi può rivelarsi provvidenziale l'aver previsto, nella polizza aziendale, una tutela che copra almeno i cinque anni successivi al verificarsi dell'evento.

Un problema non molto diverso si pone in caso di quiescenza del dirigente medico. È doveroso prevedere delle clausole che tutelino il collega pensionato per la chiamata in causa in un contenzioso che si riferisce a quando era ancora in servizio. Se l'Azienda non ha contratto una polizza che estenda la copertura ad un congruo periodo successivo al verificarsi dell'evento, quel collega si ritroverà senza la copertura assicurativa. Anche questo è un problema che non potrà essere trascurato al tavolo della trattativa decentrata.

Altre restrizioni di copertura possono essere dovute all'adozione di "massimali aggregati". In questi casi resta confermato il massimale per ogni sinistro o persona danneggiata, ma l'esborso complessivo per anno, da parte della compagnia assicurativa, non può superare un massimale predeterminato. Questo costituisce un rischio non trascurabile in caso di concentrazione di eventi avversi importanti (es. esiti neonatali in parto plurimo), o di "sinistri in serie" (es. la nota vicenda delle valvole cardiache), qualora dovessero verificarsi nel corso dello stesso anno.

Un discorso a parte merita la tutela per le spese di giudizio, riguardo alle quali il più volte citato art. 21 del contratto di lavoro fa riferimento all'art. 25 del CCNL 8 giugno 2000.<sup>2</sup>

I medici della FESMED giudicano ancora insufficiente questo tipo di tutela, perché non offre adeguate garanzie al medico nella scelta del legale che dovrà difenderlo e dei consulenti tecnici che dovranno affiancarlo.

A questa carenza attualmente sopperisce, per i soci AOGOI, la polizza “Protezione Legale AOGOI”, con la quale vengono garantite ai soci AOGOI le spese per gli onorari e le competenze del legale, liberamente scelto dall'associato, nei seguenti casi:

- 1) Difesa Penale per delitti colposi e contravvenzioni (€ 25.000,00)
- 2) Recupero danni a persone e/o a cose subiti per fatti illeciti di terzi (€ 25.000,00)
- 3) Controversie in materia di lavoro, compreso

il ricorso al TAR per i dipendenti pubblici (€ 5.000,00).<sup>3</sup>

Il contratto di lavoro, sempre all'articolo 21, introduce un'importante novità per migliorare la sicurezza negli ospedali. Infatti, è previsto l'avvio in tutte le Aziende sanitarie di programmi di “risk-management”, per la valutazione del “rischio sanitario”. L'introduzione di una politica di gestione del rischio sanitario dovrebbe consentire l'analisi degli eventi avversi, che si verificano nelle Aziende, in un clima meno poliziesco e con l'intento di risalire alle cause strutturali e organizzative che li hanno prodotti, in modo da poter trovare i rimedi più opportuni per prevenirli.

A tale proposito dobbiamo constatare che la cultura della verbalizzazione degli errori, definita anche “sistema di reporting”, è difficile da realizzare con la legislazione vigente, perché

---

<sup>2</sup> CCNL 1998-2001 del 8 giugno 2000. G.U. del 22-7-2000, Suppl. Ordinario n. 117. ART. 25 - Patrocinio legale

1. L'azienda, nella tutela dei propri diritti ed interessi, ove si verifichi l'apertura di un procedimento di responsabilità civile, contabile o penale nei confronti del dirigente per fatti o atti connessi all'espletamento del servizio ed all'adempimento dei compiti di ufficio, assume a proprio carico, a condizione che non sussista conflitto di interesse, ogni onere di difesa fin dall'apertura del procedimento e per tutti i gradi del giudizio, facendo assistere il dipendente da un legale, previa comunicazione all'interessato per il relativo assenso.
2. Qualora il dirigente intenda nominare un legale di sua fiducia in sostituzione di quello indicato dall'azienda o a supporto dello stesso, i relativi oneri saranno interamente a carico dell'interessato. Nel caso di conclusione favorevole del procedimento, l'azienda procede al rimborso delle spese legali nel limite massimo della tariffa a suo carico qualora avesse trovato applicazione il comma 1, che comunque, non potrà essere inferiore alla tariffa minima ordinistica. Tale ultima clausola si applica anche nei casi in cui al dirigente, prosciolto da ogni addebito, non sia stato possibile applicare inizialmente il comma 1 per presunto conflitto di interesse.
3. L'azienda dovrà esigere dal dirigente, eventualmente condannato con sentenza passata in giudicato per i fatti a lui imputati per averli commessi con dolo o colpa grave, tutti gli oneri sostenuti dall'azienda per la sua difesa.
4. È disapplicato l'art. 41 del DPR 270/1987

<sup>3</sup> Il contratto della polizza è consultabile sul sito web: [www.fesmed.it](http://www.fesmed.it)

ogni ammissione del medico può essere utilizzata contro l'interessato a tutti i livelli: disciplinare, civile, penale, dell'ordine professionale; anche con il rischio di essere sospesi dall'esercizio della professione.

I medici potranno collaborare con maggiore libertà alla ricerca delle cause dell'errore medico se verranno liberati dalla paura di vedere utilizzati, nei procedimenti giudiziari, i risultati delle indagini eseguite a fini sanitari. A tale scopo

sarebbe opportuna l'introduzione di una norma legislativa, com'è avvenuto in altri paesi, che impedisca di utilizzare a fini giudiziari la documentazione raccolta nel corso dell'analisi dei fatti che hanno portato ad un evento avverso.

La serenità del medico in ogni attività professionale, compresa la collaborazione alle pratiche previste dalla prevenzione del rischio, è fondamentale per prevenire gli errori e garantire la sicurezza per il cittadino-utente.

## Checklist per identificare l'origine della paralisi cerebrale

**Mariarosaria Di Tommaso** - Dipartimento di Ginecologia, Perinatologia e della Riproduzione Umana. Università di Firenze

**Andrea L. Tranquilli** - Clinica Ostetrica e Ginecologica. Università di Ancona

(Traduzione italiana di "A CHECKLIST TO IDENTIFY THE ORIGIN OF CEREBRAL PALSY"  
Mariarosaria Di Tommaso and Andrea L. Tranquilli. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine 2004; 15: 281-286)

La necessità di conoscere se la causa della paralisi cerebrale si identifica nel momento del travaglio-parto o meno ha due importanti motivazioni: medico-legali ed epidemiologiche. Lo scopo medico-legale è quello di superare l'erroneo concetto secondo cui la maggior parte dei danni neurologici può essere attribuita ad eventi che sono in relazione con il processo della nascita e, conseguentemente, di definire le eventuali reali responsabilità o le basi su cui costruire una difesa.

La valutazione epidemiologica è importante per sviluppare nuovi protocolli clinici e comportamentali a fini preventive.

L'uso diffuso del termine "origine perinatale" attribuito a molti casi di paralisi cerebrale non è utile perchè fa genericamente riferimento ad un lasso di tempo molto ampio, partendo dagli eventi che precedono il travaglio fino quelli che immediatamente seguono l'evento della nascita ed identificare il "distress perinatale" soltanto con gli eventi del travaglio e del parto non è corretto ed è estremamente limitativo.

Attualmente, sulla base di importanti evidenze scientifiche, possiamo affermare che "*soltanto una piccola percentuale di casi di paralisi cerebrale si origina in travaglio*" riportando il titolo dell'editoriale che nel 1999 ha accompagnato la pubblicazione sul British Medical Journal, di un importante documento di consenso internazionale sulla relazione causale tra gli eventi acuti ad insorgenza intrapartale e la paralisi cerebrale, e che la maggior parte degli eventi con valenza eziologica per la paralisi cerebrale si verificano nel feto prima dell'inizio del travaglio (soprattutto nel neonato a termine) ed anche dopo la nascita (neonato pretermine).

In passato una delle considerazioni che più ha incriminato il travaglio quale causa principale di paralisi cerebrale è stata l'esclusione del decorso della gravidanza apparentemente regolare come tempo eziologico di insorgenza della paralisi cerebrale, non considerando che i protocolli clinici adottati per il controllo della gravidanza non sono abitualmente finalizzati alla



ricerca di fattori di rischio per questa grave infermità.

Più recentemente l'osservazione epidemiologica della mancata riduzione di incidenza della paralisi cerebrale nonostante l'utilizzo estensivo della cardiocografia in travaglio e del conseguente marcato incremento dell'incidenza del numero di tagli cesarei, ha stimolato la ricerca ad indagare in questa direzione e nel 1999 è stato pubblicato il già citato documento internazionale di consenso sull'origine causale tra eventi acuti del travaglio-parto e paralisi cerebrali a cui hanno aderito le più importanti Società Scientifiche coinvolte in questo ambito (ginecologi, ostetrici, neonatologi, pediatri, patologi, medici di medicina generale). Attualmente la letteratura scientifica ha identificato "nuovi", rispetto al passato, fattori eziologici di paralisi cerebrale e, conseguentemente è possibile identificare indicatori di questa patologia, aggiornati rispetto al passato, durante l'intero decorso della gravidanza, del travaglio, del parto e del periodo postatale.

Sebbene soltanto una piccola percentuale di encefalopatia neonatale esiti in paralisi cerebrale, il suo riconoscimento nell'immediato decorso postnatale rappresenta una delle più stressanti esperienze sia per i genitori che per i sanitari a causa delle sue possibili, sebbene poco frequenti devastanti conseguenze in termini di disordine neurologico cronico e in termini di consequenziali ripercussioni sul piano medico legale che si verificano quasi costantemente in questi casi. Indubbiamente in queste situazioni, l'impatto emozionale e psicologico è grande non solo sulla famiglia del bambino colpito, ma anche sui medici e sulle ostetriche coinvolti nella gestione del caso specifico che vanno incon-

tro ad una serie ripercussioni emozionali stressanti e spesso devastanti. Tuttavia è proprio in questi momenti di maggiore stress che è importante applicare specifiche metodologie di indagini scientifiche rivolte all'identificazione di indicatori utili nella definizione "temporale" dell'origine del quadro clinico che è già, o può diventarlo, un danno permanente. La ricerca di questi indicatori deve cominciare prima possibile per non perdere importanti dettagli che possono scomparire nel tempo (per esempio la ricerca nel sangue neonatale di globuli rossi nucleati) o la cui ricerca non è più fattibile in seguito dopo i primi minuti, ore o giorni (emogasanalisi, esame istologico della placenta, etc).

L'adeguatezza dei dati disponibili è condizionato dalla tempestività della ricerca. Il tempo in cui un indicatore può essere evidenziato non necessariamente si identifica con il tempo in cui la paralisi cerebrale si origina. Per la definizione di ciascun caso clinico è necessario raccogliere tutti gli indicatori che possono definirne l'origine temporale. La ricerca delle cause è importante a fini prognostici di eventuali successive gravidanze, ma può anche essere utile in caso di contenzioso medico legale che, generalmente impiega un periodo di tempo molto lungo prima di essere risolto, quando può essere molto tardi stabilire la causa o le cause reali e non apparenti. Soltanto attraverso la metodica ricerca e raccolta dei possibili indicatori pre-, intra- o post parto di origine della paralisi cerebrale è possibile definirne la causa, l'epoca di insorgenza e le eventuali responsabilità mediche.

Una simile metodologia di indagine necessita dell'applicazione di un protocollo scientifico di ricerca degli indicatori temporali, da applicare il prima possibile.

L'identificazione necessita dell'attenta raccolta anamnestica dei dati per evidenziare ereditarietà fattori ambientali, pregresse patologie e caratteristiche del decorso di quella gravidanza. Necessita inoltre di una sistematica revisione di tutte le indagini prenatali effettuate, inclusi gli eventuali traccati cardiocografici effettuati sia prima che durante il travaglio.

Un algoritmo preconstituito per la valutazione degli indicatori assicura che non vengano persi importanti dettagli e che la ricerca della – o delle – cause venga fatta ordinatamente, in modo sistematico.

Noi proponiamo una lista di controllo (checklist) per rispondere alla domanda: “In presenza di encefalopatia neonatale, che cos l'ha determinata? Che cosa devo fare? Che cosa devo cercare? (Tabella 1).

L'approccio sistematico di questa metodologia può ridurre il numero dei casi ascrivibili ad “eziologia sconosciuta” che tuttavia, quasi sempre hanno conseguenza di carattere medico-legale. La checklist rappresenta un promemoria del vasto ambito dei fattori di rischio che è possibile identificare delineando anche il ruolo dei singoli operatori che si sono avvicinati nella gestione di quel caso. È concepito anche nel rispetto della priorità temporale della collezione dei dati mediante l'impiego di numeri diversi: 1, 2 e 3.

È costituita da cinque colonne verticali delle quali la terza e la quarta sono quelle più importanti per il proposito della checklist: ricordare

di raccogliere tutti i dati che possono essere utili in futuro per meglio comprendere il caso clinico.

In particolare, la prima colonna è quella relativa alla patogenesi, ai meccanismi attraverso cui il danno indicato da quello specifico indicatore si sviluppa: ipossico-ischemico (H), infettivo (I), infiammatorio (F), metabolico (M), congenito (C), tossico (T). Nella seconda colonna si tenta di definire il tempo di insorgenza delle cause che inducono danno: pre-parto (P), intraparto (I), e post-parto (PP). Nella terza colonna sono listati tutti i possibili indicatori da identificare. Nella quarta colonna è riportata la metodologia da usare per identificare l'indicatore riportato. Tre numeri diversi sono usati per questa colonna: 1, 2, e 3 per rispettare la priorità temporale e non la rilevanza, della raccolta. I dati contraddistinti dal numero 1 necessitano di essere raccolti prima possibile altrimenti non saranno più disponibili; per la raccolta di quelli indicati dal numero 2 c'è un tempo più lungo sebbene non sia illimitato, altrimenti non saranno più disponibili; il trascorrere del tempo non influenza la raccolta di quei dati contraddistinti dal numero 3. Gli asterischi sono utilizzati per richiamare, ai piedi della lista, la spiegazione completa di quanto riportato in colonna. La quinta colonna è quella della bibliografia riportando il numero di ciascuna voce bibliografica listata nel paragrafo della bibliografia. Per ciascuna voce bibliografica è anche riportato il livello di evidenza scientifica.

Tabella 1 - Checklist per paralisi cerebrale

Pat	Cron	Indicatori	Methodologia	Ref
T	P	Hg, Pb, deficienza I	Anamnesi; Drug test	3-13
T	P	Cocaina, alcool, fumo, farmaci	Anamnesi; Drug test	14-15
C	P	Anomalie cromosomiche	Mappa Cromosomica	16-19
C	P	Anomalie genetiche	Valutazione Genetica; Valutazione Clinica	20-23
C	P	Anomalie congenite acquisite	Esame clinico; Neuroradiologia	24-26
H	P	Gravidanza gemellare	Ecografia	27-29
H	P	Gravidanza inizialmente gemellare	Ecografia 1° trimestre	30
H	P	IUGR	Ecografia; Curve di crescita fetale	31-36
I	P	TORCH	Sierologia materna e fetale	37-39
F	P	Altre infezioni	Proteina C-reattiva; G.B. materni e fetali; Urinocultura; Anamnesi positivaper; UTI; Tampone culturale vaginale in gravidanza; Febbre in travaglio. Cultura dei lochi; Sierologia ematica per micoplasma; pPROM; PROM > 48h; Cultura placentare. Istologia placentare	40-52
M	P	Ipotiroidismo materno	TSH, fT4, hTGAb, TPOAb	53-54
H	P	Trombofilia materna	LAC, ACA, F II, F V, ATIII, Prot.C, Prot.S, omocysteinemia Istologia placentare	55-56
H	P	Emorragia pre-partum Distacco parziale di trofoblasto/placenta.	Anamnesi	57-58
H	P	Ipotensione materna (shock, trauma) Trauma addominale	Anamnesi	58-63
H	P	Anemia materna e/o neonatale	Hb, Ferritina Transferrina, Kleihauer-Betke test, Test di Coombs	64
H	P	Thrombocitopenia	Valutazione clinica Conta piastrinica	65-68
H	P	Epilessia	Anamnesi	69

segue

Pat	Cron	Indicatori	Methodologia	Ref
H	P	Cordone ombelicale attorno al collo	Cartella clinica	70
H	P	Liquidi tinto di meconio	Cartella clinica	71-73
H	P	Compromissione fetale antepartale	Istologia placentare, Ricerca GR nucleati CTG prima dell'inizio del travaglio	31, 74-81
H	P	Presentazione podalica	Cartella clinica	54, 82-83
H	I	Distocia di spalla	Cartella clinica, Valutazione neonatale	84-85
H	I	Distocia in travaglio	Partogramma	86
H		Eventi acuti in travaglio: prolasso del cordone, rottura d'utero, distacco di placenta, arresto cardiaco materno, nodi di cordone, giri di cordone, cordone ombelicale breve, trasfusione feto-materna	CTG, Emogasanalisi, Cartella clinica. Disfunzione neonatale multiorgano*, Neuroradiologia neonatale	87-91
E	PP	Prematurità	Epoca gestazionale Neuroradiologia neonatale	33-34 92-99
H	PP	Scorretta rianomazione neonatale	% O <sub>2</sub> -CO <sub>2</sub> somministrati	100-101
E	PP	Trauma neonatale	Anamnesi. Esame obiettivo	102-103
I, F	PP	Infezioni neonatali	Ricerca diretta dei icrorganismi nel liquor, sangue, orecchio, Segni indiretti di infezione**	104-105
M	PP	Ipotiroidismo congenito o iatrogeno	Dosaggio o.tiroidei. Anamnesi maternal positiva per assunzione o.tiroidei	53, 106
C	PP	Disordini neuromuscolari	Esame clinico neurologico	107-108
C	PP	Tumori cerebrali	Esame clinico neurologico. Neuroradiologia neonatale	109-110

## \* Nota I

**Criteri per la classificazione della disfunzione sistemica degli organi (NMOF = Neonatal MultiOrgan Failure) (85)**

DISFUNZIONE CARDIACA: utilizzo di agenti pressori finalizzati al mantenimento della circolazione per un tempo > 3 giorni.

DISFUNZIONE RENALE: concentrazione della creatinina sierica persistentemente  $\geq 1.2$  mg/dl per più di 3 giorni; persistente oliguria of < 1ml/Kg/h per > 3 giorni.

DISFUNZIONE POLMONARE: utilizzo di ventilazione meccanica per > 24 h per distress polmonare, infezioni polmonari, effusione pleurica, emorragia polmonare o aspirazione di meconio.

DISFUNZIONE EPATICA: elevate transaminasi epatiche (SGOT and SGPT) of  $\geq 100$  U/l nel corso della prima settimana di vita.

DISFUNZIONE GASTROINTESTINALE: la comparsa di enterocolite necrotizzante nel corso della prima settimana di vita.

DISFUNZIONE EPATICA: la comparsa di coagulazione intravascolare disseminata (CID) o la documentazione di un numero di piastrine  $< 150.000$  senza alcuna evidenza di CID.

**\*\* Nota II - Segni indiretti di infezione neonatale (99)**

PCR	$\geq$	0.3 mg/dl
aptoglobinA	$\geq$	30 mg/dl
MicroVES	$\geq$	15mm/hr
Bc/N	$\geq$	0.2 (Neutrofilii Immaturi / Neutrofilii Totali)
G.B.	$\geq$	5000
Piastrine	$\leq$	100.000/dl

---

**BIBLIOGRAFIA**

1. MacLennan A. International Cerebral Task force A template for defining a casual relation between acute intrapartum events and cerebral palsy: international consensus statement” Br. med J. 1999; 319: 1054-1059
2. ACOG Committee Opinion n° 236, june 2000. Coping with stress of malpractice litigation. The American College of Obstetricians and Gynecologists (Ed), Washington
3. Humar A, Dey PKSingla PN, Ambasht RS, Upadhyay SK. Blood lead levels in children with neurological disorders. J Trop Pediatr 1998 Dec; 44 (6): 320-2
4. Mendola P, Selevan SG, Gutter S, Rice D. Environmental factors associated with a spectrum of neurodevelopmental deficits. Ment Retard Dev Disabil Res Rev 2002; 8 (3): 188-97. (Evidence III)
5. Myers GJ, Davidson PW. Does methylmercury have a role in causing developmental disabilities in children? Environ Health Perspect 2000 Jun; 108 suppl 3: 413-420
6. Trask CL, Kosofsky BE. Developmental considerations of neurotoxic exposures. Neurol Clin 2000 Aug; 18 (3): 541-62. (Evidence III)
7. Delange F. Iodine deficiency as a cause of brain damage. Postgrad Med J 2001 Apr; 77 (906): 217-20. (Evidence III)
8. Hetzel BS. Iodine and neuropsychological development. J Nutr 2000 Feb; 130 (2S Suppl): 493S-495S. (Evidence III)
9. Delange F. The role of iodine in brain development. Proc Nutr Soc 2000 Feb; 59 (1): 75-9. (Evidence III)

10. DeLong GR. Effects of nutrition on brain development in humans. *Am J Clin Nutr* 1993 Feb; 57 (2 Suppl): 286S-290S. (Evidence III)
11. Boyages SC, Halpern JP. Endemic cretinism: toward a unifying hypothesis *Thyroid* 1993 Spring; 3 (1): 59-69. (Evidence III)
12. Dunn JT. Iodine supplementation and the prevention of cretinism. *Ann N Y Acad Sci* 1993 Mar 15; 678: 158-68. (Evidence III)
13. Hetzel BS, Chavadej J, Potter BJ. The brain in iodine deficiency. *Neuropathol Appl Neurobiol* 1988 Mar-Apr; 14 (2): 93-104. (Evidence III)
14. Jacobson SW, Chiodo LM, Sokol RJ, Jacobson JL. Validity of maternal report of prenatal alcohol, cocaine, and smoking in relation to neurobehavioral outcome. *Pediatrics* 2002 May; 109 (5): 815-25. (Evidence III)
15. Penland S, Hoplight B., Obernier J, Crew FT. Effects of nicotine on ethanol dependence and brain damage. *Alcohol* 2001 May 24 (1): 45-54
16. Haverkamp F, Kramer A, Fahrenstich H, Zerres K. [X-chromosomal recessive hydrocephalus internus: a separate disease picture? 2 further case reports and review of the literature] *Klin Padiatr* 1996 May-Jun; 208 (3): 93-6. (Evidence III)
17. Hirshfeld AB, Thompson WR, Patel A, Boone LB, Murphy AM. Proximal trisomy of 1q mosaicism in a girl with hypertrophic cardiomyopathy associated with Wolff-Parkinson-White syndrome and multiple congenital anomalies. *Am J Med Genet* 2001 May 15; 100 (4): 264-8. (Evidence III)
18. Kozma C, Haddad BR, Meck JM. Trisomy 7p resulting from 7p15; 9p24 translocation: report of a new case and review of associated medical complications. *Am J Med Genet* 2000 Apr 10; 91 (4): 286-90. (Evidence III)
19. Strain L, Wright AF, Bonthron DT. Fried syndrome is a distinct X linked mental retardation syndrome mapping to Xp22. *J Med Genet* 1997 Jul; 34 (7): 535-40. (Evidence III)
20. Cohen MM, Lemire FJ. 1982 Syndromes with cephaloceles. *Teratology* 25: C161-172
21. Munke M. 1989 Clinical, cytogenetic and molecular approaches to the genetic heterogeneity of holoprosencephaly *Am. J. Med. Genet* 34: 237-45
22. Philips O.P., Elias S.: Genetics and epidemiology of neural tube defects. In Elias S., Sympton J.L. (eds): *Maternal serum screening for fetal genetic disorders*. New York NY, Churchill Livingstone, 1992, p. 1-23.
23. Mc Hale DP, Mitchell S., Bunday S., Moynihan L, Campbell DA, WoodsCG, Lench NJ, Mueller RF, Markham AF A gene for autosomal recessive symmetrical spstic cerebral palsy maps to chromosome 2q24-25. *Am J Hum Genet* 1999 Feb 64 (2): 526-32
24. Kalter H., Warkany J. 1983 Congenital malformations *New Engl J. Med.* 308: 424-31

25. Watemberg N, Silver S, Harel S, Lerman-Sagie T. Significance of microcephaly among children with developmental disabilities. *J Child Neurol* 2002 Feb; 17 (2): 117-22. (Evidence III)
26. Graham E, Duhl A, Ural S, Allen M, Blakemore K, Witter F. The degree of antenatal ventriculomegaly is related to pediatric neurological morbidity. *J Matern Fetal Med* 2001 Aug; 10 (4): 258-63. (Evidence III)
27. Glinianaia SV, Pharoah PO, Wright C, Rankin JM; The Northern Region Perinatal Mortality Survey Steering Group. Fetal or infant death in twin pregnancy: neurodevelopmental consequence for the survivor. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2002 Jan; 86 (1): F9-15. (Evidence III)
28. Pharoah PO, Adi Y. Consequences of in-utero death in a twin pregnancy. *Lancet*. 2000 Sep 23; 356 (9235): 1108-9. (Evidence III)
29. Pharoah PO, Cooke T. Cerebral palsy and multiple births *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 1996 Nov; 75 (3): F174-7. (Evidence II-3)
30. Pharoah PO, Cooke RW. A hypothesis for the aetiology of spastic cerebral palsy – the vanishing twin. *Dev Med Child Neurol*. 1998 May; 40 (5): 358. (Evidence III)
31. Altshuler G. Some placental considerations related to neurodevelopmental and other disorders. *J Child Neurol* 1993 Jan 8 (1): 78-94
32. Damman O, Damman CE, Allred EN, Veelken N. Fetal growth restriction is not associated with a reduced risk for bilateral spastic cerebral palsy in very-low-birthweight infants. *Early Hum Dev* 2001 Sep; 64 (2): 79-89. (Evidence II-2)
33. Gray PH, Jones P, O'Callaghan MJ. Maternal antecedents for cerebral palsy in extremely preterm babies: a case-control study. *Dev Med Child Neurol* 2001 Sep; 43 (9): 580-5. (Evidence II-2)
34. Kok JH, den Ouden AL, Verloove-Vanhorick SP, Brand R. Outcome of very preterm small for gestational age infants: the first nine years of life. *Br J Obstet Gynaecol* 1998 Feb; 105 (2): 162-8. (Evidence III)
35. Liu J, Li Z, Lin Q. [Intrauterine growth retardation and cerebral palsy] *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi* 2001 Nov; 35 (6): 390-3. (Evidence III)
36. Uvebrant P, Hagberg G. Intrauterine growth in children with cerebral palsy. *Acta Paediatr* 1992 May; 81 (5): 407-12. (Evidence II-2)
37. Wong S.V. and Remington J.S. 1994 Toxoplasmosis in pregnancy *Clinical Infect Dis*. 18, 853-62
38. Weil M.L., Itabashi H.H., Cremer N.E., Oshiro L.S., Lennette E.H., and Carnay L. 1975 Chronic progressive panencephalitis due to rubella virus simulating subacute sclerosing panencephalitis *N Engl J. Med* 292: 994-8
39. Saigal S., Lunyk O., Larke B., and Chernesky M.A. 1982 The outcome in children with congenital cytomegalovirus infection: a longitudinal follow up study. *Am J Dis Child*, 136, 896-901

40. Dammann O, Leviton A. Role of the fetus in perinatal infection and neonatal brain damage. *Curr Opin Pediatr* 2000 Apr; 12 (2): 99-104. (Evidence III)
41. Gaudet L.M. and Graeme N. Smith Cerebral palsy and chorioamnionitis: the inflammatory cytokine link 2001 *Obstet Gynecol Surv* 56 (7); 433-6
42. Gilstrap LC 3rd, Ramin SM. Infection and cerebral palsy. *Semin Perinatol* 2000 Jun; 24 (3): 200-3. (Evidence III)
43. Grether JK, Nelson KB. Maternal infection and cerebral palsy in infants of normal birth weight *JAMA*. 1997 Jul 16; 278 (3): 247-8. (Evidence II-2)
44. Hagberg H, Wennerholm UB, Savman K. Sequelae of chorioamnionitis. *Curr Opin Infect Dis* 2002 Jun; 15 (3): 301-6. (Evidence III)
45. O'Shea TM, Klinepeter KL, Meis PJ, Dillard RG. Intrauterine infection and the risk of cerebral palsy in very low-birthweight infants. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1998 Jan; 12 (1): 72-83. (Evidence II-2)
46. Pacora P, Chaiworapongsa T., Maymon E., Kim J.M., Gomez R., Yoon B.H., Ghezzi F, Berry S.M., Qureshi F, Jacques S.M., Kim J.C., Kadar N., and Romero R. Funusitis and chorionic vasculiti: the hisyologiel counterpart of the fetal inflammatory response syndrome. *J Mat. Fet Neonat Med* 2002. 11: 18-25
47. Resch B, Vollaard E, Maurer U, Haas J, Rosegger H, Muller W. Risk factors and determinants of neurodevelopmental outcome in cystic periventricular leucomalacia. *Eur J Pediatr* 2000 Sep; 159 (9): 663-70. (Evidence II-2)
48. Rezaie P, Dean A. Periventricular leukomalacia, inflammation and white matter lesions within the developing nervous system. *Neuropathology* 2002 Sep; 22 (3): 106-32. (Evidence II-3)
49. Schendel DE, Schuchat A, Thorsen P. Public health issues related to infection in pregnancy and cerebral palsy. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2002; 8 (1): 39-45. (Evidence II-3)
50. Schendel DE. Infection in pregnancy and cerebral palsy. *J Am Med Womens Assoc* 2001 Summer; 56 (3): 105-8. (Evidence II-3)
51. Svigos JM. The fetal inflammatory response syndrome and cerebral palsy: yet another challenge and dilemma for the obstetrician. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2001 May; 41 (2): 170-6. (Evidence III)
52. Wu YW, Colford JM Jr. Chorioamnionitis as a risk factor for cerebral palsy: A meta-analysis. *JAMA*. 2000 Dec 20; 284 (23): 2996-7. (Evidence II-3)
53. Vulsma T., Gons M.H., De Vijlder JJM. Maternal-fetal transfer of thyroxine in congenital hypothyroidism due to a total organification defect or thyroid agenesis. *Engl J Med* 1989 321, 13-16
54. Nelson K.G., Ellengerg J.H.: Antecedents of cerebral palsy. Multivariate analysis of risk. *N. Engl. J. Med.* 1986; 315: 81-86



55. Gibson CS, MacLennan AH, Goldwater PN, Dekker GA. Antenatal causes of cerebral palsy: associations between inherited thrombophilias, viral and bacterial infection, and inherited susceptibility to infection. *Obstet Gynecol Surv* 2003 Mar; 58 (3): 209-20
56. Kraus FT, Acheen VI Fetal thrombotic vasculopathy in the placenta: cerebral thrombi and infarcts, coagulopathies, and cerebral palsy. *Human Pathol* 1999 Jul 30 (7): 759-769
57. O'Shea TM, Klinepeter KL, Dillard RG Prenatal events and the risk of cerebral palsy In very low birth weight infants *Am J Epidemiol* 1998 Feb 15; 147 (4): 362-9
58. Spinillo A, Fazzi E, Stronati M, et al Severity of abruptio placentae and neurodevelopmental outcome in low birthweight infants. *Early Human Dev* 35: 45-54, 1993
59. Anquist KW, Parnes S, Cargill Y, Tawagi G. An unexpected fetal outcome following a severe maternal motor vehicle accident. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 656-658. (Evidence III)
60. Curran CA Multiple organ dysfunction syndrome (MODS) in the obstetrics population. *J Perinat Neonatal Nurs* 2002 Mars 15 (4): 37-55
61. Gilles MT, Blair E, Watson L, Badawi N, Alessandri L, Dawes V, Plant AJ, Stanley FJ. The link between maternal trauma during pregnancy and cerebral palsy remains to be proven. *MJA* 1996; 164: 500-501. (Evidence III)
62. Pierce BT, Pierce LM, Wagner RK, Apodaca CC, Hume RF, Nielsen PE, Calhoun BC, Hypoperfusion cause production of interleukin 6 and tumor necrosis factor alpha in the isolated dually perfused placental cotyledon. *Am J Obstet Gynecol* 2000 (oct); 183 (4): 863-7
63. Rachana C, Suraiya K, Hisham AS, Abdulaziz AM, Hai A. Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002 Jun 10; 103 (1): 26-9. (Evidence III)
64. Camp BW, Broman SH, Nichols PL, Leff M Maternal and neonatal risk factors for mental retardation: defining the "at risk" child. *Early Hum Dev* 1998 Jan 9; 50 (2): 159-73
65. Bonacossa IA, Jocelyn LJ. Alloimmune thrombocytopenia of the newborn: neurodevelopmental sequelae *Am J Perinatol* 1996 May; 13 (4): 211-5. (Evidence II)
66. Dale ST, Coleman LT. Neonatal alloimmune thrombocytopenia: antenatal and postnatal imaging findings in the pediatric brain. *Am J Neuroradiol* 2002 Oct 23 (9): 1457-65
67. Mayers PS, Wingate MB Obstetric factors in cerebral palsy *Obstet Gynecol* 1979 Apr; 51 (4): 399-40
68. Sharif U, Kuban K. Prenatal intracranial hemorrhage and neurologic complications in alloimmune thrombocytopenia. *J Child Neurol* 2001 Nov; 16 (11): 838-42. (Evidence III)
69. Nelson K.B., Grether J.K. Selection of neonates for neuroprotective therapies. One set of criteria applied to a population *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153: 393-398
70. Rosen H.G., Hobel C.J.: Prenatal and perinatal factors associated with brain disorders. *Obstet. Gynecol.* 68: 416, 1986

71. Nelson K.G Grether J K Potentially asphyxiating conditions and spastic cerebral palsy in infants of normal weight. *A J Obstet Gynecol* 1998 179: 507-13
72. Hadzagic-Catibusic F, Heljic S, Buljina A. [Birth asphyxia as a cause of cerebral palsy *Med Arh* 2000; 54 (5-6): 299-301. (Evidence III)
73. Spinillo A, Fazzi E, Capuzzo E, Stronati M, Piazzini G, Ferrari A. Meconium-stained amniotic fluid and risk for cerebral palsy in preterm infants. *Obstet Gynecol* 1997 Oct; 90 (4 Pt 1): 519-23. (Evidence II-2)
74. Gonzalez de Dios J, Moya M. [Perinatal asphyxia, hypoxic-ischemic encephalopathy and neurological sequelae in full-term newborns. II. Description and interrelation] *Rev Neurol* 1996 Aug; 24 (132): 969-76. (Evidence III)
75. Redline RW, O'Riordan MA. Placental lesions associated with cerebral palsy and neurologic impairment following term birth. *Arch Pathol Lab Med* 2000 Dec; 124 (12): 1785-91. (Evidence III)
76. Vatansever U, Acuna B, Demir M, Karasallıhoğlu S, Ekuklu G, Ener S, Pala O. Nucleated red blood cell counts and erythropoietin levels in high-risk neonates. *Pediatr Int* 2002 Dec; 44 (6): 590-5. (Evidence II-2)
77. Dollberg S, Livny S, Mordecheyev N, Mimouni FB. Nucleated red blood cells in meconium aspiration syndrome. *Obstet Gynecol* 2001 Apr; 97 (4): 593-6. (Evidence II-2)
78. Fliedner R, Ertan K, Hendrik HJ, Schmidt W. Neonatal nucleated red blood cell counts: relationship to abnormal fetoplacental circulation detected by Doppler studies. *J Ultrasound Med* 2001 Mar; 20 (3): 183-90. (Evidence II-2)
79. Saracoglu F, Sahin I, Eser E, Gol K, Turkkani B. Nucleated red blood cells as a marker in acute and chronic fetal asphyxia. *Int J Gynaecol Obstet* 2000 Nov; 71 (2): 113-8. (Evidence II-2)
80. Kathleen M, Hanlon-Lundberg MD, Russel S, Kirby PhD. Nucleated red blood cells as a marker of acidemia in term neonates. *Am J Obstet Gynecol* 1999 July; 181 (1): 196-201. (Evidence II-2)
81. Phelan J.P. Kim J.O. Fetal heart rate observations in the brain-damaged infant. *Seminars in perinatology* 2000 Jun 24 (3): 221-229
82. ACOG Committee Opinion 265, December 2001. Mode of term singleton breech delivery. *The American College of Obstetricians and Gynecologists* (Ed), Washington
83. Croughan-Minihan MS, Petitti DB, Gordis L. Golditch I Morbidity among breech infants according to method of delivery. *Obstet Gynecol* 1990 May 75 (5): 821-5
84. Habek D. Fetal shoulder dystocia. *Acta Med Croatica* 2002; 56 (2): 57-63
85. Iffy L, Varadi V, Jakobovits A Common intrapartum denominators of shoulder dystocia related birth injuries. *Zentralbl Gynakol* 1994; 116 (1): 33-7. (Evidence III)
86. Treffers PE. [High vacuum extraction: justifiably obsolete in view of the risks to the infant] *Ned Tijdschr Geneesk.* 2001 Oct 20; 145 (42): 2054-5; discussion 2055-6. (Evidence III)

87. Sornes T. Umbilical cord knots. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000 Mar; 79 (3): 157-9. (Evidence III)
88. Kumari S, Saxena A, Monga D, Malik A, Kabra M, Kurray RM. Significance of cord problems at birth. *Indian Pediatr* 1992 Mar; 29 (3): 301-5. (Evidence III)
89. Socol M.L., Garcia P.M., Riter S.: Depressed Apgar score, acid-base status, and neurologic outcome. *Am J. Obstet. Gynecol* 1994; 170: 991-9
90. Ruth V.J., Raivio K.O.: Perinatal brain damage: predictive value of metabolic acidosis and the Apgar score. *Br.Med. J.* 1998; 297: 24-7
91. Korst L.M., Phelan J.P., Wang Y.M., Martin G.I., Myoung O.A. Acute fetal asphyxia and permanent brain injury: a retrospective analysis of current indicators *J. Mat. Fet. Med.* 1999; 8: 101-106
92. Dammann O, Leviton A. Maternal intrauterine infection, cytokines, and brain damage in the preterm newborn. *Pediatr Res* 1997 Jul; 42 (1): 1-8. (Evidence III)
93. Murphy DJ, Sellers S, MacKenzie IZ, Yudkin PL, Johnson AM. Case-control study of antenatal and intrapartum risk factors for cerebral palsy in very preterm singleton babies. *Lancet* 1995 Dec 2; 346 (8988): 1449-54. (Evidence II-2)
94. O'Shea TM. Cerebral palsy in very preterm infants: new epidemiological insights. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2002; 8 (3): 135-45. (Evidence II-3)
95. Saliba E, Marret S. Cerebral white matter damage in the preterm infant: pathophysiology and risk factors. *Semin Neonatol* 2001; 6: 121-33
96. O'Shea TM Cerebral palsy in very preterm infants: new epidemiological insights *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2002; 8 (1): 39-45. (Evidence II-3) *Semin Neonatol* 2001 Apr; 6 (2): 121-33. (Evidence III)
97. Vigneswaran R. Infection and preterm birth: evidence of a common causal relationship with bronchopulmonary dysplasia and cerebral palsy. *J Paediatr Child Health* 2000 Aug; 36 (4): 293-6. (II-3)
98. Redline RW, Wilson-Costello D, Borawski E, Fanaroff AA, Hack M. Placental lesions associated with neurologic impairment and cerebral palsy in very low-birth-weight infants. *Arch Pathol Lab Med* 1998 Dec; 122 (12): 1091-8. (Evidence II-2)
99. Terzidou V Bennett P Maternal risk factors for fetal and neonatal brain damage *Biol Neonate* 2001; 79 (3-4); 157-62
100. Niermeyer S, Kattwinkel J, Van Reempts P, Nadkarni V, Philips B, Zideman D, Azzopardi D, Boyle R, Burchfield D, Carlo W, Chameides L, Denson S, Fallat M, Gerardi M, Gunn A, Hazinski ME, Keenan W, Knaebel S, Milner A, Perlman J, Saugstad OD, Schleien C, Solimano A, Speer M, Toce S, Wiswell T, Zaritsky A International guidelines for neonatal resuscitation: an

- excerpt from the guidelines 2000 for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care: international consensus on science. *Pediatrics* 2000 106: E29
101. Collins MP, Lorenz JM, Jetton JR, et al. Hypocapnia and other ventilation-related risk factors for cerebral palsy in low birth weight infants. *Pediatr Res* 2001 Dec, 50 (6): 712-9
102. Gottlieb MS. Neglected spinal cord, brain stem and musculoskeletal injuries stemming from birth trauma *J Manipulativ Physiol Ther* 1993 Oct, 16 (8): 537-43
103. Blair E, Stanley FJ An epidemiological study of cerebral palsy in Western Australia, 1956-75.III. Postnatal aetiology. *Dev Med Child Neurol* 1982 Oct, 24 (5): 575-85
104. Bradley J.S Neonatal Infections *Pediatr. Infect Dis* 1985; 4: 315-20
105. Dear P: Infection of newborn In "Textbook of neonatology" 3<sup>th</sup> edition Rennie JM, Robertson NRC Eds. Churchill Livingstone Edinburgh 1999: 1109-1202
106. Regenstein A.C. Metabolic disorders of the mother affecting the fetus In "Fetal and neonatal brain injury" Stevenson DK, Sunshine P (Eds) Oxford Medical Press, Oxford 1977, 265-274
107. Volpe JJ Neuromuscular disorders: Motor system, evaluation, and arthrogryposis multiplex congenita. In "Neurology of the newborn" 4<sup>th</sup> edition W.B. Saunders Company. Philadelphia 2002: 623-641
108. Engel AG, Ohno K, Sine S M Congenital myastenic syndromes. *Arch Neurol* 1999; 56: 163-67
109. Wakai S, Arai T, Nagai M: Congenital brain tumors *Surg Neurol* 1984; 21; 597-609
110. Volpe JJ Brain Tumors and vein Galen malformations. In "Neurology of the newborn" 4<sup>th</sup> edition W.B. Saunders. Company Philadelphia. 2002: 841-856

## Quale polizza per il rischio professionale: aziendale e/o personale?

Mario Franchini - Coordinatore areavasta centro AOGOI-Toscana

Molti ginecologi ospedalieri che hanno optato per il rapporto esclusivo e attività intramoenia, sono convinti che l'aver sottoscritto una propria polizza sul rischio professionale li salvaguardi, in tutto e per tutto, a fronte di una richiesta risarcitoria evitando così l'esposizione in proprio (Tabella 1).

Il nuovo Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) dell'area della dirigenza medico-veterinaria del servizio sanitario nazionale relativo al quadriennio 2002/2005, firmato in data 3 novembre 2005, vincola le aziende sanitarie alla stipola di adeguate coperture assicurative per la responsabilità civile di tutti i dirigenti trasferendo alla compagnia assicurativa l'onere del risarcimento del danno ingiustamente provocato.

Infatti, l'articolo 21 del nuovo (CCNL) prevede al comma 1) che *le aziende garantiscono un'adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile di tutti i dirigenti della presente area, ivi comprese le spese di giudizio ai sensi dell'art. 25 del CCNL dell'8 giugno 2000 per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie dei terzi, relativamente alla loro attività, ivi compresa la libera professione intramuraria, senza diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave.*

Il termine adeguata copertura lascia ampi margini di manovra alle singole aziende di negozia-

re con le compagnie le soluzioni e i contenuti delle polizze.

Attualmente tutte le polizze utilizzano il modello claims made secco, in base al quale sono coperte le richieste di risarcimento avvenute e pervenute durante il periodo di validità della polizza (usualmente contratti annuali). La necessità di superare tale limite e di allargare la copertura anche ai danni derivanti dalla condotta colposa dei professionisti, avvenuti prima della sottoscrizione della polizza e di cui non si era a conoscenza, ha portato alla definizione di polizze con una pregressa retrodatibile ad anni o senza limiti o a prevedere la copertura di ciò che verrà denunciata dopo la scadenza del contratto, una postuma, anche questa databile in anni o senza limiti.

Le aziende possono prevedere nelle condizioni contrattuali l'inserimento di franchigie, in funzione delle quali il risarcimento dei danni ingiustamente provocati resta a proprio carico fino al massimale stabilito, comportando con ciò un abbassamento del premio annuo pagato alla compagnia. Inoltre bisogna tenere presente che il premio annuo pagato è anche in funzione del massimale assicurato che può essere predeterminato in relazione ad ogni singolo sinistro avvenuto e per persona danneggiata o quale tetto massimo annuale di copertura assicurativa a

Tabella 1

	Ginecologi ospedalieri	Intra	Intra con polizza
Azienda 1 Massa Carrara	23	21	17
Azienda 2 Lucca	17	12	7
Azienda 3 Pistoia	23	11	11
Azienda 4 Prato	14	9	6
Azienda 5 Pisa	16	13	6
Azienda 6 Livorno	25	21	7
Azienda 7 Siena	19	12	8
Azienda 8 Arezzo	34	23	13
Azienda 9 Grosseto	23	18	2
Azienda 10 Firenze	45	38	27
Azienda 11 Empoli	17	11	9
Azienda 12 Viareggio	15	9	6
Azienda Ospedaliera Pisana	20	15	6
Azienda Ospedaliera Senese	6	3	3
Azienda Ospedaliera Careggi	22	20	14
<b>Regione Toscana (giugno 05)</b>	<b>319</b>	<b>248 (77.7%)</b>	<b>142 (57%)</b>

prescindere dal numero di eventi: l'introduzione del limite aggregato annuo risulta vantaggioso per le compagnie perché determina la reale esposizione annua delle stesse, ma espone le aziende a dover provvedere in proprio alla copertura dei risarcimenti extra massimale.

Le condizioni contrattuali devono prevedere la possibilità di estensione della garanzia a tutte le fattispecie di danno riconosciuto risarcibile dalla dottrina e dalla giurisprudenza negli anni.

Il risarcimento del danno all'integrità psicofisi-

ca della persona è stato a lungo collegato ad una logica strettamente patrimonialistica (danno patrimoniale), previsto dall'art. 1223 c.c., riferibile sia alle spese mediche e alle degenze ospedaliere o alla continuità assistenziale successiva necessarie per riparare i danni subiti in conseguenza dell'evento lesivo subito (danno emergente), sia al mancato guadagno che il danneggiato avrebbe presumibilmente conseguito se non si fosse verificato il fatto lesivo (lucro cessante). Negli ultimi anni è stato rico-

nosciuto il diritto al risarcimento del danno alla salute nell'insieme della dimensione spirituale, sociale, culturale ed estetica della persona danneggiata riconoscendo così il diritto risarcitorio per il danno biologico, esistenziale, morale ed estetico.

Come risulta evidente numerosi sono i contenuti contrattuali che devono essere tenuti presenti e valutati anche in funzione della complessità aziendale e delle misure di prevenzione adottate, a tal fine, è indispensabile identificare fra i dirigenti medici, alcune figure, culturalmente e professionalmente preparate in materia assicurativa e peritale, che collaborino strettamente con i responsabili aziendali degli affari legali e del risk management durante la fase di analisi dei rischi assicurabili per negoziare con l'assicuratore le migliori garanzie.

Con queste premesse, prevedendo l'estensione della garanzia tutte le fattispecie possibili e con massimali adeguati al momento storico, la stipula di una propria polizza di copertura del rischio professionale per i dirigenti con rapporto esclusivo in intramoenia risulta superflua e inutilmente onerosa: infatti, sovrapponendo voci già previste dalla polizza aziendale, si paga due volte il premio per lo stesso rischio.

Inoltre, l'aver due polizze attive per lo stesso rischio richiede di essere a conoscenza di quanto è previsto dall'art. 1910 c.c. (Assicurazione presso diversi assicuratori) e dall'art. 1911 c.c. (Coassicurazione) onde evitare che con meccanismi perversi ci si trovi di fatto meno tutelati: infatti, di fronte ad una condanna in solido a risarcire 5 milioni di euro e in presenza di una polizza aziendale con massimale per sinistro di 5 milioni di euro e di una polizza personale di 2 milioni di euro, la suddivisione dell'onere risarcito-

rio (2.5 milioni all'azienda e 2.5 milioni al medico), determinerebbe che il ginecologo si troverebbe a dover coprire a proprie spese la differenza fra la quota da risarcire e il massimale assicurato (2,5-2,0 = 500) ovvero 500mila euro.

Il rischio dell'azione di rivalsa da parte dell'azienda in caso di accertamento di responsabilità per colpa grave è espressamente tutelato dal comma 2) dell'art. 21 *le aziende ed enti provvedono alla copertura degli oneri di cui al comma 1 con le risorse destinate a tal fine nei bilanci, incrementate con la trattenuta di misura pro-capite da un minimo di € 26,00 mensili (già previsti dall'art. 24, comma 3 del CCNL dell'8 giugno 2000) ad un massimo di € 50,00, posta a carico di ciascun dirigente per la copertura di ulteriori rischi non coperti dalla polizza generale e ribadita dalla interpretazione autentica Le parti, chiariscono che l'espressione "ulteriori rischi" del comma 2 può significare tanto la copertura da parte del dirigente – mediante gli oneri a suo carico – di ulteriori rischi professionali derivanti dalla specifica attività svolta quanto la copertura dal rischio dell'azione di rivalsa da parte dell'azienda o ente in caso di accertamento di responsabilità per colpa. La trattenuta decorre dall'entrata in vigore della polizza con la quale viene estesa al dirigente la copertura assicurativa citata.*

La copertura dal rischio dell'azione di rivalsa e di ulteriori rischi non coperti dalla polizza generale aziendale, previsti dal comma 2 dell'art. 21 del nuovo CCNL, con costi a carico di ciascun dirigente, costituiscono a tutti gli effetti una polizza autonoma che può, pertanto, contenere condizioni contrattuali diverse da quelle presenti nella polizza aziendale: abolizione della franchigia se fosse eventualmente presente, elevazione del massimale per sinistro e per per-

sona, qualora quello presente nella polizza aziendale non fosse adeguato, includendo nel caso specifico la clausola di secondo rischio extra massimale.

Le condizioni contrattuali devono prevedere anche la possibilità di estensione della garanzia al danno patrimoniale derivante dalla perdita di immagine e di prestigio che l'azienda potrebbe subire per fatti non obbligatoriamente derivanti solo da eventi lesivi legati all'atto medico o all'utilizzo tecnologico ad esso collegato ma anche azioni di tipo amministrativo tali da compromettere la funzionalità e la correttezza del servizio assistenziale.

La polizza per la copertura dal rischio dell'azione di rivalsa e di ulteriori rischi non essendo un'estensione della garanzia prevista dalla polizza aziendale ma una polizza autonoma non deve necessariamente essere stipulata con la stessa compagnia dell'azienda, anche se, a fronte di un contenzioso il rischio coperto da un'unica compagnia espone meno alla conflittualità fra grado di colpa ipotizzabile.

Resta evidente che la sottoscrizione della polizza integrativa deve, in analogia con quella aziendale, comprendere tutti i dirigenti medici a prescindere dalla loro intrinseca potenzialità di rischio (emergenza, ostetrici, chirurghi, anestesisti), solo, così, spalmando su tutti il rischio è possibile ottenere le garanzie richieste con premi annui in linea con la trattenuta 26-50 euro mensili prevista dal comma 2 del CCNL.

L'attività intramuraria è specificatamente coperta dalla polizza aziendale al comma 1 art. 21 *per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie dei terzi, relativamente alla loro attività, ivi compresa la libera professione intramuraria, senza diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave* anche nella forma allargata, presso il proprio studio o presso strutture private: è evidente che la responsabilità legata ad insufficienze strutturali non dovrebbe ricadere sull'Ente, come sarebbe ove detta attività fosse svolta all'interno di spazi direttamente da questo gestiti, solvo il fatto che la polizza aziendale non preveda specificatamente l'estensione a questa fattispecie.

Tenendo, però, in conto che l'organizzazione dell'attività intramuraria allargata può prevedere anche il coinvolgimento di altre persone non dipendenti dall'azienda, si ritiene corretta e necessaria la stipula di una polizza assicurativa di responsabilità civile mirata solo alla tutela di questi specifici rischi.

Pertanto, dovendo le aziende garantire in base all'art. 21 un'adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile di tutti i dirigenti, ivi comprese le spese di giudizio, si ritiene che la stipula di una propria polizza di copertura del rischio professionale per i dirigenti con rapporto esclusivo e attività intramuraria, risulti superflua laddove la polizza aziendale sia stata costruita prevedendo l'estensione della garanzia tutte le fattispecie possibili e con massimali adeguati al momento storico.



## Istituzione fondo speciale ex art. 24 - presso la Regione Piemonte (assicurazione regionale)

**Antonino Schiavone** - Ginecologo - Dirigente I livello - ASL 2 Torino

**Elisabetta Malagoli** - Patrocinatrice Legale Diplomata alla Scuola di Specializzazione per le Professioni Legali ed Assistente dell'Università di Torino

**Massimo Politi** - Avvocato Civilista - Torino

**Marco Bertino** - Client - Executive - MARSH S.p.a.

**D**a anni mi occupo di problematiche sindacali e seguo con attenzione gli aspetti medico-legali che interessano la pratica quotidiana della nostra professione.

Ero fra quelli che aveva salutato come una grande conquista la nomina della commissione nazionale dedicata alla ricerca di un'equa copertura assicurativa per i medici ospedalieri, poi miseramente fallita.

L'istituzione del fondo da parte della Regione Piemonte, dopo una corretta ed operosa trattativa, nel rispetto delle parti, mi sembra un notevole passo avanti condiviso da moltissimi colleghi che hanno aderito all'iniziativa.

Purtroppo poco è stato fatto e mancano iniziative concrete finalizzate al recupero di un rapporto di fiducia con i pazienti e su questo terreno dovremo impegnarci molto di più.

Mi auguro che il seguente articolo possa essere di qualche utilità per quanti, in altre regioni, lavorano su questi temi con meno fortuna rispetto a noi.

L'istituzione di un fondo speciale per i rischi di responsabilità civile delle Asl comprendenti la copertura dei sinistri per i quali è riconosciuta la colpa grave, è da pochi mesi una legge della Regione Piemonte.

Una simile conquista giunge nella fase di passaggio dal vecchio al nuovo contratto nazionale di lavoro: un attento esame su cosa è sostanzialmente cambiato, in materia, rende palese l'importanza di questa legge, soprattutto per quelle categorie più esposte come ad esempio i ginecologi. In particolare, si fa riferimento ai seguenti articoli:

– Il vecchio contratto all'art. 24 assegnava alle Asl il compito di assumere tutte le iniziative necessarie per garantire le coperture assicu-

– Il vecchio contratto all'art. 24 assegnava alle Asl il compito di assumere tutte le iniziative necessarie per garantire le coperture assicu-

rative della responsabilità civile dei dirigenti, ivi comprese le spese di giudizio ai sensi dell'art. 25, per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie dei terzi, relativamente alla loro attività, compresa la libera professione intramuraria, senza diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo e colpa grave. Nel contempo istituiva una commissione paritetica per la realizzazione di un fondo nazionale ad hoc. Sappiamo com'è andata a finire.

- Il nuovo contratto all'articolo 21 per la prima volta introduce un termine perentorio "le aziende GARANTISCONO" per la responsabilità civile, per le ipotesi di dolo o colpa grave i termini, invece, sono più sfumati ed il contributo dei dirigenti raddoppiato, rispetto al precedente contratto.
- La novità è espressa al punto 4 dell'articolo 21 laddove vengono riconosciute tutte le iniziative regionali per la copertura assicurativa attuate in conformità a quanto previsto dal precedente contratto nazionale di lavoro.

Quest'ultimo riferimento rende merito a quanti, nell'amministrazione regionale del Piemonte, hanno lavorato per la istituzione di questo fondo che, anticipando i tempi, ha aperto un percorso innovativo e confortante per i medici dipendenti.

Anche se la finalità principale del progetto è la gestione dei rischi sanitari della Regione Piemonte, in modo da eliminare o arginare la sinistrosità, cercando di ottimizzare la spesa assicurativa sostenuta dalle singole aziende sanitarie ed indirettamente della stessa regione Piemonte, va riconosciuto l'impegno in favore dei dirigenti della sanità pubblica.

A tal fine la Legge Regionale 14.05.2004 N. 9

ha previsto, all'art. 21, l'istituzione di un fondo speciale nell'UPB (Programmazione sanitaria - Gestione e risorse finanziarie - Titolo I - Spese correnti) per rischi di responsabilità civile delle ASL; esso è destinato al finanziamento degli esborsi che le aziende sanitarie devono sostenere per il risarcimento dei sinistri del valore compreso tra € 1.500,00 ed € 500.000,00 per sinistro, per un valore massimo annuo di 15 milioni di euro.

La Società assicuratrice si obbliga a tenere indenne l'Azienda Ospedaliera di quanto questa sia tenuta a pagare, a titolo di risarcimento (capitale, interessi, rivalutazione e spese), quale civilmente responsabile ai sensi di legge per tutti i danni cagionati ai terzi per morte, lesioni personali, danneggiamenti a cose, in dipendenza dall'attività svolta dal proprio personale. Tale esigenza trae origine dall'inflazionamento del sistema assicurativo sanitario, sull'orlo del collasso per la crescita esponenziale dei sinistri connessi alla responsabilità medica, e ad alcune specializzazioni come l'ortopedia e la ginecologia.

L'incremento delle richieste risarcitorie e del contenzioso ad esse relativo è a sua volta attribuibile alla progressiva elaborazione giuridica delle fattispecie di danno e del tipo di responsabilità.

Accanto alla consolidata responsabilità da fatto illecito o extracontrattuale (onere della prova a carico del danneggiato - prescrizione in cinque anni) è stata più recentemente riconosciuta una responsabilità di carattere contrattuale in capo al sanitario.

Si tratta, nel secondo caso, del cosiddetto *contratto di ospedalità*: l'utente del servizio sanitario ha diritto ad una determinata prestazione ed al

relativo risarcimento in caso di inadempimento non appena entri in contatto con la struttura ospedaliera e con il personale operante all'interno della medesima.

In base al regime di responsabilità contrattuale sarà sufficiente dedurre l'inadempimento del sanitario, mentre sarà onere di quest'ultimo provare l'assenza di colpa e la regolarità della propria condotta. L'azione si prescriverà in dieci anni.

La struttura del nuovo programma assicurativo è di tipo piramidale, volto a ricomprendere e fronteggiare sinistri di entità crescente:

€ 1.500,00 di franchigia a carico dell'ASL

#### 1° LIVELLO

€ 1.500,00 - € 500.000,00, per un valore massimo annuo di € 15.000.000,00 a carico del Fondo regionale

#### 2° LIVELLO

oltre i 15 milioni di euro interviene la *Polizza Primary* (contraente Regione Piemonte)

#### 3° LIVELLO

i sinistri compresi singolarmente tra Euro 500.000,00 ed Euro 5.000.000,00 vengono coperti dalla polizza "Working layer" (contraente ciascuna ASL)

#### 4° LIVELLO

fino ad un massimale di 15.000.000,00 di euro per ogni singolo sinistro subentra la Polizza "Excess layer" (contraente regione Piemonte per conto di ciascuna ASL)

Si precisa che per "sinistro" s'intende, secondo

la forma di copertura *Claims made*, la richiesta di risarcimento danni pervenuta all'assicurato durante il periodo di efficacia dell'assicurazione; essa può consistere in una citazione in giudizio o in altra comunicazione scritta contenente istanze risarcitorie nei confronti dell'Assicurato, ivi compresa la formale notifica dell'avvio di inchiesta da parte delle Autorità competenti.

I soggetti assicurati sono Regione Piemonte, ASL, nella veste di Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, (Direttore Sociale), Dirigenti e Dipendenti tutti.

È altresì prevista la categoria dei cosiddetti assicurati aggiuntivi, ovverosia qualsiasi persona fisica o giuridica alla quale sia riconosciuta l'estensione della qualifica di Assicurato nel contesto contrattuale: medici a rapporto convenzionale autonomo, obiettori di coscienza in servizio sostitutivo civile, borsisti e tirocinanti, appartenenti ad associazioni di volontariato.

Per contro, vengono considerati terzi, rispetto ai quali si configura la responsabilità civile e la relativa assicurazione (RCT), tutti coloro che non rientrino nell'alveo dei prestatori di lavoro (dipendenti o non dipendenti) e dei soggetti ad essi equiparati, compresi il Direttore generale, il Direttore Sanitario, i Revisori dei Conti.

La durata è di anni tre, con facoltà per entrambe le parti di recedere dal contratto a mezzo di lettera raccomandata, che dovrà essere ricevuta dall'altro contraente almeno 90 giorni prima di ciascuna scadenza anniversaria. Non è ammesso il tacito rinnovo.

È prevista una retroattività "limitata", che permette di assicurare le condotte lesive verificatisi a partire dal 31.12.2001, sempre che la richiesta di risarcimento danni pervenga all'assicura-

to nel periodo di vigenza della polizza. La singola Azienda può acquistare una retroattività più ampia, secondo le proprie necessità, fino al 31.12.1998.

Viene risarcito il danno corporale, inteso quale pregiudizio economico conseguente a lesioni o morte di persone, ivi compreso il danno biologico e il danno morale; così come il danno materiale, consistente nella distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa e le relative conseguenze pregiudizievoli.

Resta escluso dalla copertura assicurativa il danno patrimoniale puro, vale a dire il pregiudizio economico verificatosi in assenza di danni materiali o corporali; se ne rileva, tuttavia, la rarità in ambito sanitario e la maggiore attinenza alla direzione amministrativa della struttura ospedaliera.

È altresì esclusa la responsabilità personale per colpa grave che, come noto, non può essere assicurata a spese dell'ASL pena il danno erariale. In caso di colpa grave il Fondo/Assicuratore risarcisce il terzo ma ha diritto di surroga nei confronti del medico che può evitare la c.d. rivalsa per colpa grave con il pagamento di un "supplemento" di premio a proprio carico (di cui si dirà meglio oltre). Il recente Congresso Regionale A.O.G.O.I. del Piemonte-Valle D'Aosta ha dedicato un ampio e approfondito dibattito al tema della copertura assicurativa, a cui hanno partecipato gli autori del presente articolo, con lo scopo di rispondere all'interrogativo posto da molti colleghi:

*è possibile e in quale misura conviene mantenere la propria assicurazione privata?*

Si hanno assicurazioni parallele nell'ipotesi in cui l'assicurato stipuli più contratti di assicura-

zione per lo stesso rischio presso diversi assicuratori, tra i quali non sussista preventivo accordo.

Nella fattispecie è possibile che il medico o altro soggetto decida di mantenere la propria polizza privata, stipulata precedentemente all'adesione all'Assicurazione regionale; in tal caso la contemporanea pendenza è legittima a condizione che l'assicurato dia avviso a ciascun assicuratore di tutte le assicurazioni contratte (art 1910 cod. civ.). Qualora l'assicurato ometta dolosamente di dare la dovuta comunicazione a ciascuno degli assicuratori, perde il diritto all'indennità. Allo stesso modo, in caso di sinistro, occorrerà darne pronto avviso alle distinte compagnie coinvolte.

Appare evidente che, se il danno venisse risarcito completamente dal pagamento effettuato dal primo assicuratore cui l'assicurato si è rivolto, gli altri ne trarrebbero ingiusto vantaggio. Per evitare eventuali squilibri il legislatore (art. 1910, comma 4°) riconosce il *diritto di regresso* all'assicuratore che ha pagato nei confronti delle altre società assicuratrici, in relazione alle somme stabilite in ciascun contratto.

L'assicurato conserva ad ogni modo anche il diritto di richiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo i rispettivi contratti, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno subito.

L'opportunità di conservare assicurazioni parallele, ovvero sia, in particolare, la propria assicurazione privata, a latere del sistema assicurativo misto congiuntamente delineato dalla Regione e dalle singole ASL, potrebbe muovere da un duplice ordine di motivazioni.

Il primo rimanda alla possibilità di coprire un arco temporale retroattivamente più ampio.

Occorre in proposito distinguere tra le forme di copertura adottate dalla precedente polizza:

- 1) Opzione CLAIMS MADE (reclamo effettuato), per cui il sinistro consiste nella richiesta di risarcimento effettuata dal danneggiato e non il puro e semplice accadere del danno; essa copre richieste di risarcimento danni avvenuti in vigenza di polizza, mentre gli eventi lesivi devono essersi verificati o parimenti in vigenza di polizza, oppure nell'arco temporale stabilito dalla polizza medesima (retroattività illimitata, limitata, inesistente)
- 2) Opzione LOSS OCCURRENCE (danno accaduto), per cui il sinistro coincide con il concreto accadimento del fatto dannoso; ciò comporta che la richiesta di risarcimento danni può essere presentata anche dopo la cessazione della polizza, purché entro i termini di prescrizione stabiliti dalla legge (nel caso di responsabilità contrattuale, ad esempio, entro dieci anni dall'evento illecito). Si parla, in proposito, della cosiddetta opzione "postuma", per i sinistri "tardivi".

Si reputa dunque opportuno suggerire a coloro che già avessero una *loss occurrence* di conservarla: potrebbe infatti prospettarsi una sovrapposizione, ma difficilmente un'assenza di copertura rispetto a sinistri più risalenti nel tempo. Nell'ipotesi in cui l'Assicurazione parallela sia di tipo "claims made", occorre invece valutare nello specifico caratteristiche e contenuto della polizza (massimali, franchigia, premio).

La scelta del mantenimento di assicurazioni parallele dipende quindi, a sua volta, dal contenuto e dalla durata della polizza privata e dalla convenienza ovvero dall'aggravio economi-

co che deriverebbe dal cumulo dei premi assicurativi.

Il secondo aspetto inerisce alla possibilità di essere risarciti anche nei casi, seppur rari, di colpa grave, qualora il sanitario non abbia accettato il "supplemento" di premio previsto dalla Polizza regionale; quest'ultimo permette di ricomprendere nella garanzia assicurativa le ipotesi di rivalsa da parte della Società assicuratrice o della Contraente (Regione/ASL) nei confronti del medico giudicato responsabile.

A fronte delle corresponsione di un premio aggiuntivo determinato in polizza, da un min di € 300,00 a un max di € 800,00 circa, la Società si obbliga a tenere indenni gli Assicurati da quanto dagli stessi dovuto quali civilmente responsabili esclusivamente in conseguenza di eventi loro imputabili per colpa grave, giudizialmente accertata con provvedimento definitivo o esecutivo dell'Autorità giudiziaria competente. Ne deriva l'impossibilità per l'Assicurazione medesima ovvero per la ASL, che abbiano esborsato il quantum risarcitorio, di esperire azione di rivalsa nei confronti del professionista responsabile.

Rinunciando a tale opzione e non avendo provveduto ad assicurarsi personalmente contro la colpa grave, il sanitario si troverebbe esposto alla rivalsa da parte del soggetto che abbia risarcito i danni determinati dalla propria imperizia. Ciò comporterebbe la facoltà in capo all'Assicurazione di adire l'Autorità Giudiziaria Ordinaria, chiedendo, di regola, il 100% del risarcimento corrisposto al danneggiato, mentre l'Azienda Ospedaliera potrà adire la Corte dei Conti, la quale, esercitando il potere di riduzione, è solita limitare la rivalsa solamente ad una percentuale del danno erariale cagionato (20-30%).

L'approntamento dei mezzi di tutela più puntuali ed efficaci in favore tanto delle aziende ospedaliere quanto dei singoli operatori sanitari si compone, in definitiva, sia della corretta applicazione di un sistema assicurativo "misto", in virtù del programmato coordinamento fra risorse pubbliche e private, sia della relativa tutela legale.

Si ricorda a tal proposito che l'A.O.G.OI ha istituito un servizio gratuito per tutti i soci di ricerca e consulenza tecnico-giuridica, dotato di apposito archivio informatico unitamente ad un programma di assistenza legale, giudiziale e stragiudiziale facilmente attivabile.

Alla luce di un sistema forense sempre più aggressivo, si rende necessario e auspicabile, da parte degli Assicurati, tempestività e limpidezza nella denuncia del sinistro e in ogni altro tipo di comunicazione con il Gestore e con il proprio legale di fiducia.

In tal modo anche le trattative stragiudiziali, avvalendosi di informazioni esaustive e di una documentazione completa, possono essere condotte con maggiore incisività, sino ad eludere il farraginoso *iter* giudiziale.

L'oscuro panorama impone, inoltre, alle Aziende ospedaliere, sempre più esposte, l'adozione di mezzi adeguati di prevenzione e *gestione del rischio*. In merito il modificato art. 21 del CCNL

prevede che le aziende attivino "sistemi e strutture per la gestione dei rischi", informando, altresì, all'uopo, le organizzazioni sindacali.

Da qui l'elaborazione, da parte di alcune ASL, di un progetto innovativo per l'analisi, la valutazione e la prevenzione del rischio clinico, articolato in cinque fasi fondamentali: *Fase conoscitiva* (statistiche, tecnologie, protocolli scientifici e linee guida, professionalità del personale sanitario); *Analisi e valutazione* (studio della realtà aziendale in relazione alle risultanze della fase conoscitiva); *Formazione* (consenso informato, responsabilità penale, responsabilità civile); *Creazione modello* (Unità di gestione del rischio coordinata da un *Risk manager*, avente ad oggetto la revisione sistematica e permanente della pratica clinica in tutti i suoi aspetti).

Tutto ciò nell'ottica di una progressiva responsabilizzazione del personale assicurato e di una maggiore serenità operativa.

In questo quadro complesso permangono alcuni problemi non risolti come ad esempio il prolungamento della copertura assicurativa per i colleghi che cessano, per un qualsiasi motivo, il rapporto di lavoro e vogliono continuare ad avvalersene.

In questo senso la F.E.S.M.E.D. del Piemonte ha iniziato una collaborazione con la Marsh s.p.a. per trovare soluzioni adeguate.

## In tema di responsabilità penale del medico l'art. 2236 Cod. Civ. non trova diretta applicazione

Avv. Felice Pontonio  
Dott. Chiara Pontonio

1. La sentenza n. 5278/95 della Cassazione

La sentenza 10 maggio 1995 n. 5278 che mi accingo ad annotare, ripropone il problema, mai risolto in maniera univoca, della rilevanza in sede penale dei criteri di responsabilità del professionista indicati dall'art. 2236 c.c.

Occorre premettere che i supremi giudici sono stati chiamati a decidere il ricorso presentato da un medico e dal responsabile civile, rappresentato dalla casa di cura presso la quale il sanitario prestava la sua opera, avverso alla sentenza del giudice di appello che, analogamente a quello di primo grado, aveva riconosciuto la responsabilità penale del sanitario medesimo per la morte di una puerpera.

I giudici di legittimità hanno respinto il ricorso, confermando la condanna erogata dai giudici di merito, così motivando il loro provvedimento in relazione all'individuazione della regola iuris da applicare al caso di specie:

– per la valutazione della condotta colposa che “incida su beni primari, quali la vita o la salute delle persone, costituzionalmente e penalmente protetti, i parametri valutativi debbono essere estratti dalle norme proprie al si-

stema penale e non da quelle espresse in altro ramo del diritto”;

- il criterio, indicato dalla disposizione civilistica rappresentata dall'art. 2236 c.c., “può trovare applicazione anche in tema di colpa professionale del medico, quando il caso specifico ... imponga la soluzione di problemi di speciale difficoltà, non per effetto di diretta applicazione nel campo penale, ma come regola di esperienza cui il giudice possa attecchire nel valutare l'addebito di imperizia”;
- quando il caso non “implichi la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà” e venga contestata la negligenza o l'imprudenza, “i canoni valutativi della condotta (colposa) non possono essere che quelli ordinariamente adottati nel campo della responsabilità penale per danni alla vita o alla integrità dell'uomo (art. 43 codice penale), con l'accentuazione che il medico deve sempre attenersi a regole di diligenza massima e prudenza, considerata la natura dei beni che sono stati affidati alle sue cure”. In considerazione del fatto che l'addebito attribuito all'imputato “coinvolge comportamenti di negligenza e di imprudenza, (esso è stato) correttamente va-

lutato (dal giudice di merito) alla stregua della regola sopra enunciata”.

## 2. La regola iuris in tema di responsabilità penale del medico

Tra i motivi a sostegno del ricorso, vi era la contestazione del parametro normativo di riferimento, utilizzato dalla Corte di Appello per confermare la responsabilità penale dell'imputato.

A parere di quest'ultimo, i secondi giudici avrebbero cumulato il criterio della generica imprudenza o negligenza con quello dell'imperizia, la quale sola doveva essere ritenuta “idonea ad integrare l'elemento soggettivo della fattispecie penale”.

Praticamente, la condotta dell'imputato doveva essere esaminata alla luce dell'accertamento della colpa grave, come è previsto dall'art. 2236 c.c. È già stato evidenziato, che i supremi giudici sono stati di diverso avviso, facendo proprio quell'orientamento di giurisprudenza più rigoroso in tema di responsabilità penale del medico.

È opportuno delineare le due fasi, seguite dalla dottrina e dalla giurisprudenza, nella ricerca di una regola iuris idonea a disciplinare questo tipo di responsabilità penale (1).

### 2.1 L'orientamento tradizionale

Questo indirizzo parte dal presupposto che la colpa del medico debba essere valutata “con larghezza di vedute e comprensione, sia perché la scienza medica non determina in ordine allo stesso male un unico criterio tassativo di cure, sia perché nell'arte medica l'errore di apprezzamento è sempre possibile” (2).

Si giunse così a ritenere equivalenti i concetti di negligenza, imprudenza ed imperizia “in virtù dell'identità della loro essenza”, al punto che

non si avvertì il “bisogno di precisazioni specifiche di tali termini ai fini di una dichiarazione di responsabilità” (3).

La frequente insorgenza nell'attività medica del rischio e dell'infortunio portò a configurare la responsabilità professionale “soltanto” in caso di errore inescusabile (4).

Questo errore, penalmente rilevabile, fu configurato nel quadro della colpa grave, richiamata dall'art. 2236 c.c. e venne concretizzato in una grave violazione dei principi di diligenza e di prudenza accertata sulla base di elementi certi, consistente nella “mancata applicazione e delle cognizioni generali e fondamentali attinenti alla professione o nel difetto di quel minimo di abilità e perizia tecnica nell'uso di mezzi manuali o strumenti adeguati nell'atto operatorio e che il medico deve essere sicuro di poter adoperare correttamente” (5).

Un simile orientamento fece del sanitario un soggetto privilegiato, in quanto provvisto di una specie di immunità che, parte della dottrina, ritenne inaccettabile.

Essa, da un lato, considerò rilevante ai fini penali il criterio di responsabilità enunciato dall'art. 2236 c.c. per il principio dell'unità dell'ordinamento giuridico e, dall'altro lato, sottolineò che il limite della colpa grave, finalizzato a salvaguardare la discrezionalità tecnica del professionista di fronte a problemi particolarmente difficili e non del tutto esplorati dalla scienza e dalla esperienza medica, si riferisse alla sola colpa per imperizia, mentre il giudizio sulla diligenza e la prudenza doveva essere più severo quanto maggiori erano le difficoltà da superare (6).

### 2.2 L'orientamento della Corte Costituzionale

In questo dibattito si inserì la sentenza della



Corte Costituzionale 28 novembre 1963 n. 166 (7), che si pose come uno spartiacque tra il precedente orientamento permissivo e l'attuale più rigoroso e più rispondente ai criteri di una effettiva giustizia sostanziale.

I giudici delle leggi ribadirono la ratio che aveva animato il legislatore del 1942 che, con le previste limitazioni o esenzioni di responsabilità, aveva inteso conciliare due opposte esigenze: quella di non mortificare l'attività del professionista, esponendolo ad ingiuste rappresaglie del cliente insoddisfatto, e quella "di non indulgere verso non ponderate decisioni o riprovevoli inerzie dello (stesso) professionista". Questa ratio "non conduce a dover ammettere che, accanto al minimo di perizia richiesta, basti pur un minimo di prudenza o di diligenza. Anzi, c'è da riconoscere che, mentre per la prima (imperizia) l'indulgenza del magistrato è direttamente proporzionata alle difficoltà del compito, per le altre due forme di colpa (negligenza ed imperizia) ogni giudizio non può che essere improntato ai criteri di normale severità". La Corte concludeva precisando che "la deroga alla regola generale della responsabilità per colpa ha in sé un'adeguata ragion di essere e risulta ben contenuta, in quanto è operante, ed in modo restrittivo, in tema di perizia e questa presenta contenuto e limiti circoscritti".

L'orientamento dei giudici delle leggi ha contribuito a modificare quello dei giudici di merito che ha recepito la distinzione tra colpa per imperizia e colpa per negligenza ed imprudenza, distinguendole sotto il profilo ontologico e giuridico. La responsabilità professionale pertanto è stata ricondotta ai criteri generali della colpa, nell'ambito dei quali l'art. 2236 c.c. ha acquistato rilievo particolare ed eccezionale da giustificare

care di volta in volta in presenza di problemi tecnici che possono rivestire speciali difficoltà, anche tenendo presente i diversi livelli di specializzazione qualora questa venga richiesta (8).

Il nodo, però, della rilevanza penale della norma civilistica più volte richiamata, non è stato sciolto dalla Corte Costituzionale con la conseguenza che è rimasto aperto il relativo dibattito sia in dottrina che in giurisprudenza.

### 3. Irrilevanza penale dell'art. 2236 c.c.

La sentenza della Cassazione, che si annota, nega rilevanza penale all'art. 2236 c.c. Essa parte dal presupposto che la valutazione della responsabilità penale del professionista deve essere effettuata utilizzando quei criteri di individuazione della colpa dettati dall'art. 43 c.p. Questa norma indica l'elemento psicologico del reato nel dolo, inteso come intenzionalità dell'evento dannoso o pericoloso, nella preterintenzione, vista come forma di colpevolezza intermedia tra dolo e colpa, in quanto l'evento dannoso o pericoloso è risultato più grave di quello voluto dall'agente, nella colpa, considerata come mancanza di volontarietà del fatto reato, dovuto ad imprudenza, negligenza o inosservanza di regole espressamente prescritte.

Queste definizioni hanno valore propriamente normativo, perché concorrono a delineare gli elementi costitutivi del reato (9).

Interessa le categorie penali, non solo l'an, inteso come accertamento della colpevolezza, ma anche il quantum, visto come graduazione della colpa e quindi come commisurazione della pena al caso di specie. In relazione a questo ultimo aspetto il giudicante è guidato dall'art. 132 c.p. che, nell'applicazione della pena, gli riconosce un potere discrezionale da esercitare nei

limiti fissati dalla legge. La ratio di questo potere è da ravvisare nell'intento del legislatore di non "fissare in linea generale ed astratta tutte le sfumature di valore o disvalore del singolo episodio criminoso" e di delegare al giudice la valutazione di "tutti gli aspetti del fatto rilevanti ai fini di un trattamento penale sufficientemente individualizzato" (10).

La completezza e l'omogeneità della disciplina penale dell'elemento psicologico del reato non consente un'interpretazione estensiva dell'art. 2236 c.c., i cui criteri si tradurrebbero in una indebita restrizione della normativa penale, né un'interpretazione analogica del precetto civilistico sarebbe ammissibile, essendo essa vietata dall'art. 14 delle preleggi, in considerazione del suo carattere eccezionale rispetto ai principi generali (11).

"In tema di responsabilità professionale, il giudice, qualora abbia accertato la sussistenza dell'elemento psicologico del reato, valuta il maggiore o minor grado di esso soltanto nell'ambito della disciplina penale e mai con efficacia discriminante", rispetto ai criteri dettati dalla stessa disciplina (12).

In questa logica va inquadrata la sentenza della suprema Corte, qui annotata, che, nel giudicare il gravame proposto dall'imputato, ha ritenuto che "debbono essere estratti dalle norme proprie del sistema penale e non da quelle espresse in un altro ramo del diritto" i parametri valutativi del caso di specie.

In un ambito così delineato, il principio enunciato dall'art. 2236 c.c. viene considerato "come regola di esperienza" alla quale il giudice penale potrà attenersi, in quanto sarebbe iniquo "addebitare al medico che abbia per ogni altro verso adottato prudenza e diligenza, le conseguenze

di obiettiva difficoltà che è della scienza o dell'arte e non del singolo operatore".

#### 4. Considerazioni conclusive

I principi, enunciati dalla suprema Corte nella sentenza appena esaminata, meritano accoglimento per un'oggettiva esigenza di giustizia.

Affermarli davanti ad allarmanti episodi di malasanità pubblica o privata, lungi dal cadere in inutili ed immotivate generalizzazioni, significa ribadire la sacralità, che è anche un valore primario laico, della vita e del bene della salute dell'uomo, sui quali si fonda l'ordinamento costituzionale, pur nella contraddittorietà delle leggi e dei costumi.

Ciò non toglie, però, che simili provvedimenti possano essere occasione di perplessità e di preoccupazione per gli operatori sanitari.

È stato opportunamente rilevato che si può cadere nell'assurdo che "un comportamento civilmente lecito possa essere ritenuto idoneo a configurare un fatto penalmente anti-giuridico" (13). Si tratta di una ipotesi tutt'altro che astratta, specialmente ora che il legislatore ha abbandonato, in campo penale, il tradizionale principio dell'unitarietà di giurisdizione che comportava la prevalenza dell'azione penale su quella civile, con la conseguenza attuale che le due azioni, con l'eccezione prevista dal terzo comma dell'art. 75 c.p.p., si svolgono su linee parallele, con possibili contrasti tra sentenza penale e sentenza civile.

Per un professionista, che eserciti l'attività medica, una condanna penale comporta conseguenze incalcolabili per il suo prestigio, contrariamente ad una condanna civile che, per natura, investe interessi privatistici, per la cui salvaguardia è prevista una garanzia di natura patrimoniale che può essere fornita anche da

un terzo, qual è l'assicuratore della responsabilità civile.

Si avverte l'esigenza, per una maggiore serenità di chi svolge un'attività con rilevanti finalità sociali, come è quella sanitaria, di una normativa penale che sancisca formalmente, anche in questo campo, il principio dettato dall'art. 2236 c.c. Si eviterebbero in tal modo i rischi connessi con l'esercizio di quel potere discrezionale, riconosciuto al giudice penale dall'art. 132 c.p., a me-

no che non si voglia cadere in quelle forme di americanizzazione delle rivendicazioni da parte di chi pretende di essere vittima di prestazioni mediche, con allarmanti aspetti ricattatori che sono fonti di notevoli preoccupazioni per gli operatori sanitari del paese nordamericano.

Perdurando questo stato di cose, si potrebbe correre il rischio di una "paralisi dell'attività sanitaria più qualificata, nel costante timore di conseguenze giuridiche indesiderate" (14).

#### NOTE

1. Pontonio, La Responsabilità professionale medica nella prospettiva europea, in *Resp. civ. prev.* 1993, 22 ss.
2. Cass. pen., 4 febbraio 1972, in *Cass. pen. Mass.*, 1973, 538; Id.: 21 ottobre 1970, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1973, 255; Id.: 6 marzo 1967, in *Cass. pen. Mass.*, 1968, 420
3. Cass. pen., 3 dicembre 1952, in *Arch. pen.*, 1953, II, 216; Id.: 6 marzo 1967 e 23 novembre 1967 in *Cass. pen. Mass.* 1967, 420; Id.: 26 gennaio 1968, *ivi*, 1969, 1077; Id.: 21 ottobre 1970, n. 732, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1973, I, 253
4. Cass. pen. 4 febbraio 1972, *cit.*; Id.: 21 ottobre 1970, *cit.*
5. Cass. pen., 21 ottobre 1970, *cit.*; Id.: 15 febbraio 1978, in *Cass. pen. Mass.*, 1980, 1559, con nota di Napoleoni; Id.: 17 febbraio 1981, in *Giust. pen.*, 1982, III, 634
6. Crespi, La responsabilità penale nel trattamento medico chirurgico con esito infausto, Palermo 1955, 102; Id.: Il grado della colpa nella responsabilità professionale del medico chirurgo, in *Scuola poss.* 1960, 484 ss.; Id.: La colpa grave nell'esercizio dell'attività medico chirurgica, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1973, I, 255 ss.; Cattaneo, La responsabilità del professionista, Milano 1958, 73; De Simone, Sulla colpa professionale, in *Giust. pen.* 1972, 825 ss.; Grasso, La responsabilità penale nell'attività medico-chirurgica: orientamenti giurisprudenziali sul "grado" della colpa, in *Riv. it. med. leg.* 1979, 80; Muscolo, Fondamento, natura e limiti della colpa medica, in *Giust. pen.* 1970, 457 ss.
7. Corte Cost., 28 novembre 1973 n. 166, in *Resp. civ. prev.*, 1973, 242 ss.
8. Cass. pen., 13 dicembre 1977, in *Cass. pen. Mass.*, 1980, 1561; Id.: 5 dicembre 1964, in *Cass. pen. Mass.* 1975, 815; Grasso *op. cit.* 88.
9. Delitala, *Raccolta degli scritti*, I, Milano 1976, 281 ss.
10. Fiandaca-Musco, *Diritto penale, parte generale*, Bologna 1985, 439 ss.; Dolcini, *Potere discre-*

zionale del giudice, in Enc. dir., 1983, 744 ss.; Vassalli, Potere discrezionale del giudice nella commisurazione della pena, in primo corso di perfezionamento per uditori giudiziari, II, Milano 1958, 725

11. Cass.pen., 29 settembre 1983, n. 7670, in Dir. prat. ass. 1988, 186
12. Cass. pen., 22 marzo 1984, n. 2734, in Dir. prat. ass., 1988, 189
13. Grasso, op. cit., 80
14. Turletti-Matera, Verso l'annullamento dell'efficacia dell'art. 2236 c.c. in tema di responsabilità professionale del medico, in Resp. civ. prev., 1981, 47 ss., e in particolare 50-51

*Pubblicato in responsabilità civile e previdenza 1995, n° 6, 904 ss.*

## Malformazione del feto, mancata interruzione della gravidanza, danni non patrimoniali dei genitori

Paolo Cendon

*Giustizia è fatta* – Già ad un primo sguardo la sentenza perugina mostra di centrare, con riguardo ad una vicenda umana tutt'altro che semplice, alcuni obiettivi significativi.

Il verdetto in sé appare senz'altro convincente: 400.000 euro complessivi riconosciuti alla madre e altrettanti al padre, quale risarcimento per essere stati, l'una e l'altro, tenuti all'oscuro dal medico circa le gravi malformazione del feto (ospitato nel grembo della donna) – per non essere stati cioè messi in condizione di decidere se far luogo, o meno, a un'interruzione di gravidanza.

Si ricava subito un senso di equilibrio complessivo, dalla lettura del testo; un'impressione di giustizia piena, nei profili dell'*an* come in quelli del *quantum*.

Che tipo di esistenza avrebbero condotto i due "genitori forzati", nel futuro, qualora non fosse stata tolta loro la libertà di scegliere? Questa la domanda di base per la corte. In generale: che significa vivere giorno e giorno dovendo accudire sotto ogni punto di vista un bambino – poi adolescente, poi giovane adulto, poi individuo maturo – gravemente handicappato?

Più in particolare: a quali "attività realizzatrici" occorrerà rinunciare in casi del genere, da par-

te della madre (la quale aveva/avrebbe avuto un suo progetto di vita, ben diverso e a tutto campo), e poi ad opera del padre, e ancora come coppia di coniugi? quali gli impieghi sostitutivi della giornata o della settimana, destinati ad installarsi, più o meno imperiosamente, nell'agenda degli attori in giudizio?

Quali, di lì in avanti, le cose che si dovranno o non si potranno più fare o dividere, con lo stesso figlio malformato, con gli altri figli (presenti o futuri), con i restanti membri del nucleo domestico – a paragone di quanto sarebbe accaduto in mancanza dell'illecito?

*Eventi e conseguenze* – Fra i pregi più evidenti nella decisione in commento: la finezza dogmatica dell'impianto, il rigore dimostrato nell'approccio alle questioni generali del danno.

Si tratta, bisogna dire, di qualità nient'affatto diffuse presso i nostri *tortmen* – quale che sia il formante considerato: quello delle corti giudiziarie, quello degli studi professionali, quello dell'accademia pura, quello del legislatore speciale.

Tanto più una constatazione del genere appare fondata – occorre aggiungere – quanto più a venire in gioco risultino, nelle concrete situazioni di torto, momenti di danno non patrimoniale.

È facile accorgersi come non sempre l'imprevedibilità di un approccio "conseguenzialista" appaia messa in risalto qui – comunque praticata dagli interpreti – con la necessaria fermezza.

Gli errori di percorso sono anzi di vario tipo. Talvolta accade che l'invito (di chi parla o di chi scrive) sia esplicitamente a guardare le cose dal punto di vista del *defendant*. Così, ad esempio, in materia di danno morale. Il ragionamento di tanti era fino a pochi anni orsono: a) obiettivo dell'art. 2059 c.c. è niente più che affliggere, con una sanzione risarcitoria, qualcuno che ha disatteso una regola importante del sistema; b) chiedersi se la vittima abbia sofferto tanto o poco, e quanto a lungo i "cespugli del cuore" (Sartre) saranno toccati in futuro, non ha qui ragion d'essere.

Talvolta, invece, ci si trova davanti a formulazioni che, magari inconsapevolmente, contrastano decenni di pensiero. Così, ad esempio, in materia di danno biologico. Basta pensare a certi passaggi della (pur pregevole) sent. 184/1986 della Corte costituzionale: in particolare, al ricorso dell'andriano allo stilema del danno-evento quale mezzo per aggirare, con riferimento alla salute, le forche caudine dell'art. 2059 c.c. Oppure alla stessa definizione di danno biologico, quale offerta in sede legislativa, nel recente provvedimento sulle micropermanenti da sinistri stradali (art. 5, n. 3., l. 5.3.2001, n. 57): formula tutta sbilanciata – di nuovo – sul tratto lessicale della "lesione del diritto", invece che su quello delle conseguenze pregiudizievoli.

Talora ciò che viene prospettato è, invece, un modello asimmetrico di voci di danno, ciascuna tratteggiata lungo distinti baricentri, senza un filo conduttore che le unisca.

Così ad es. in tema di danno esistenziale: dov'è

alquanto deludente che nella pur meritoria 8828/2003 della Cassazione – dopo essersi rilevato che "nel vigente assetto dell'ordinamento, nel quale assume posizione preminente la Costituzione (...), il danno non patrimoniale deve essere inteso come categoria ampia, comprensiva di ogni ipotesi in cui sia leso un valore inerente alla persona"; dopo aver parlato di "tutela riconosciuta al danno determinato dalla lesione di interessi inerenti alla persona non connotati da rilevanza economica" – si concluda un po' evasivamente (alla Ponzio Pilato): "Non sembra tuttavia proficuo ritagliare all'interno di tale generale categoria specifiche figure di danno, etichettandole in vario modo: ciò che rileva, ai fini dell'ammissione a risarcimento, in riferimento all'art. 2059, è l'ingiusta lesione di un interesse inerente alla persona, da cui conseguano pregiudizi non suscettibili di valutazione economica".

Così pure Cass. 29 luglio 2004, n. 14488, ove ci si limita a discorrere – in termini non più che scolastici, nel segno di un improvvisato *Enumerationsprinzip* – di risarcibilità per le lesioni «di specifici valori costituzionalmente protetti».

Contro impostazioni del genere opportunamente insorge la Corte d'appello di Perugia; sottolineando che, fintantoché si parla così, "non si dice ancora nulla del danno che occorre risarcire". Continuano sul punto i giudici umbri: "Ragionando con i concetti della responsabilità extracontrattuale si potrebbe dire che, in questo caso, l'attentato al valore dotato di tutela costituzionale – l'autodeterminazione della donna nella scelta di portare a termine la gravidanza, senz'altro riconducibile all'ambito dell'articolo 2 Cost., quale clausola generale aperta – si colloca dal versante della lesione dell'interesse

giuridicamente protetto, dunque del danno-evento, ma lascia completamente in ombra le conseguenze della lesione”.

*La rivoluzione del danno* – Impossibile interrogarsi qui compiutamente sul perché delle difficoltà – ancestrali, letterarie, esegetiche, semantiche – che tanti autori accusano oggi, rispetto alle tematiche “affluenti” del danno non patrimoniale.

È probabile che i motivi profondi, sul terreno del metodo, andrebbero comunque indagati con pazienza.

Un punto appare chiaro sin d’ora: solo in parte potranno riuscire di utilità, su questo terreno, spiegazioni arieggianti alla modestia del *background* culturale che si riscontra in Italia – durante l’ultimo secolo e mezzo (poche opere di vasto respiro, scarso cimento teorico, bassi indici di creatività e originalità) – in merito ai concetti generali di danno.

Basti ricordare che, in Germania, la premessa storico/bibliografica è certamente di tenore diverso (già a partire dalla fine dell’Ottocento); eppure anche lì il tono degli approcci e la sensibilità vittimologica, in materia di danno alla persona, sono oggi tutt’altro che soddisfacenti. Più proficua casomai un’altra strada: quella che fa capo alla tradizionale inclinazione del *tortman*, di qualsiasi ambiente, a difendere anzitutto se stesso – a non far trasparire i propri disagi nel cogliere la natura dei bisogni emergenti, presso i tribunali, nel percepire il senso delle scoperte dottrinarie che si affacciano.

Inclinazione dunque – per una generazione tutta legata ad un certo modo di ragionare, amante delle geometrie consolidate – ad osteggiare ogni materiale irriducibile alla purezza di quegli

*standard*. Propensione, secondo i casi, a sbarrare al nuovo la porta della cittadella aquiliana; oppure tentativo di purgare ogni dato inedito delle sue frange meno canoniche, facendone a monte una cosa differente, omologa al linguaggio di sempre.

Si spiegano così l’eleganza e il fervore con cui ci si è prodigati, da parte della nostra dottrina, a partire degli anni ’60, nelle varie discussioni sull’ingiustizia del danno, sulla causalità giuridica, sulle varie forme della colpevolezza, sui destini prossimi della responsabilità oggettiva. Nessun serio pericolo questa o quella neo-lettura introduceva, al di là dei clamori retorici, rispetto agli equilibri precedenti; il panorama di fondo, il sistema dei riferimenti tecnico/istituzionali restavano – per la sintassi dell’ordinamento – comunque i medesimi.

Nessun imbarazzo possibile.

Tutt’altro lo scenario minacciato dall’irrompere giurisprudenziale dei “nuovi danni” non patrimoniali (biologico, psichico, esistenziale), a partire dagli anni ’70, e poi nei lustri a venire. Ad entrare in gioco qui è la creatura umana, con la sua complessità di partenza – relazionale, avventurosa, politica, esplorativa. Le parole d’ordine sono subito diverse, ogni cipria scompare; lo sguardo tende a volgersi verso il basso, dapprima presso i cultori delle scienze sociali, poi per l’operatore del diritto.

Ecco moltiplicarsi allora nelle istruttorie – volendo usare le parole della sentenza in commento – i rimandi all’“esistenza concreta”, alla “vita quotidiana”, a “una radicale trasformazione delle prospettive”. Sempre più l’accento si sposta sui «rovesciamenti forzati dell’agenda», sul “condurre giorno per giorno, nelle occasioni più minute come in quelle più importanti,

una vita diversa e peggiore”, sugli “ovvi sacrifici che ne conseguono”.

C'è anzi il rischio (questo sì diffuso, trasversale) che i nuovi soffi antropologici non rimangano circoscritti entro la cerchia formale del danno; che dilaghino, presto o tardi, verso le altre componenti della fattispecie aquiliana, magari oltre la soglia dell'illecito – contagiando ogni settore del diritto privato: famiglia, lavoro, diritti della personalità, contratti, *malpractice* medica, processo, ambiente, rapporti con la p.a., e così via.

*Si tratta di danno esistenziale* – Del tutto condivisibili (merita aggiungere) i profili di inquadramento tecnico del danno non patrimoniale, quali emergono dalla sentenza perugina.

Così, in particolare, quanto alla scelta della corte di riportare il nocciolo delle ripercussioni lamentate dagli attori, a seguito della nascita indesiderata, sotto l'egida (prevalente) del danno esistenziale

Seguiamo il percorso argomentativo dei giudici.

a) Un primo passaggio – di tipo generale – è quello riguardante le sofferenze di tipo interno, subite dalla vittima del torto.

Osserva al riguardo la pronuncia: vicende come quelle della causa sono all'origine, normalmente, di dolorosi strascichi in famiglia. Non si tratterà magari dei riflessi più diffusi, laceranti; ma un danno morale soggettivo, in circostanze simili, difficilmente può essere assente nei congiunti. E come tale occorre risarcirlo.

b) Seguono le considerazioni relative al danno biologico.

Rileva il collegio, a tale proposito, come non siano mancate in passato pronunce favorevoli a concedere ai genitori, dinanzi alla nascita di un

bambino handicappato, il risarcimento di una posta siffatta.

Viene sottolineato trattarsi, però, di opzioni da non più riprendere.

Ciò non soltanto, si lascia intendere, con riferimento ai profili di ordine prettamente *fisico* (difficili da prospettare in situazioni del genere: così anche nel caso concreto, dove la corte esclude l'esistenza di qualsiasi “patologia medica”, riguardo al padre come alla madre). Pure in ordine ai riflessi lesivi di carattere *psichico* la conclusione è destinata, tendenzialmente, a non variare.

In effetti: l'eventualità di un padre o di una madre in grado di dimostrare di aver risentito alterazioni, più o meno profonde, alla propria salute mentale – a seguito di una nascita non desiderata, sia pur di un figlio malformato – deve ritenersi non proprio comune. E tanto dicono i repertori di giurisprudenza, nonché i trattati di medicina legale, non solamente in Italia.

c) Il punto è che inquadramenti simili, si prosegue, traggono origine quasi tutti da una palese forzatura; loro presupposto era “un'idea di salute, e quindi di danno biologico, particolarmente dilatata, tale da ricomprendere quelle perdite che non la salute impegnano, ma le conseguenze relazionali della lesione”; il che al giorno d'oggi, con le più attente nomenclature affermatesi *ex lege Aquilia*, non ha più (si lascia intendere) ragion d'essere.

d) Con la nascita indesiderata ci si trova, in verità, dinanzi a “un caso paradigmatico di lesione di un interesse che non determina un prevalente danno morale o biologico, peraltro sempre possibile, ma impone al danneggiato di condurre giorno per giorno, nelle occasioni più minute come in quelle più importanti, una vita di-



versa e peggiore (quanto si voglia nobilitata dalla dedizione al congiunto svantaggiato, ma peggiore, tanto che nessuno si augurerebbe di avere un figlio senza gambe piuttosto che con) di quella che avrebbe altrimenti condotto”.

e) Nessun senso rispetto a tutto ciò – una volta riconosciuto “che la nascita indesiderata incide massicciamente su altri aspetti dell’esistenza, diversi dalla sofferenza e dalla salute” – avrebbe allora proseguire come fa Cass. 10 maggio 2002, n. 6735, ossia evidenziare che uno dei danni che si producono «attiene agli effetti non patrimoniali della diminuita vita di relazione». Il punto – rilevano i giudici umbri – è che “il ricorso al rispolverato danno alla vita di relazione sembra tutt’altro che appagante, per quanto siffatta figura è ampiamente superata dall’elaborazione giurisprudenziale degli ultimi due decenni”.

f) Meglio riconoscere piuttosto – come ha fatto già ragguardevole giurisprudenza di merito – che “le conseguenze personali della mancata interruzione volontaria della gravidanza costituiscono, per la parte più rilevante, un caso tipico di danno esistenziale, nel senso in cui l’espressione si è andata man mano precisando in giurisprudenza (...) e in dottrina: ossia come ostacolo allo svolgimento di attività realizzatrici della persona, per utilizzare la nota espressione della Corte costituzionale”.

g) Più precisamente, nella vicenda perugina: la nascita indesiderata è tale da determinare “una radicale trasformazione delle prospettive di vita dei genitori, i quali si trovano esposti a dover misurare (non i propri specifici «valori costituzionalmente protetti», ma) la propria vita quotidiana, l’esistenza concreta, con le prevalenti esigenze della figlia, con tutti gli ovvi sacrifici che ne conseguono: le conseguenze della lesio-

ne del diritto di autodeterminazione nella scelta procreativa, allora, finiscono per consistere proprio nei «rovesciamenti forzati dell’agenda» di cui parte della dottrina discorre nel prospettare la definizione di danno esistenziale”.

*Voci contrarie, spesso altezzose* – Sorprendenti allora, rispetto a indicazioni così puntuali (e un po’ a tutti gli svolgimenti della *law in action*, nell’ultimo quindicennio), battute come quelle che si rinvencono presso Cass. 29 luglio 2004, n. 14488 – citate a un certo punto nella motivazione umbra – secondo cui «non esiste la categoria del cosiddetto danno esistenziale, essendo invece risarcibili le lesioni di specifici valori costituzionalmente protetti».

Difficile immaginare da dove accenti simili – lasciati cadere un po’ dall’alto, senza corredi argomentativi di sorta – possano mai sortire.

I timori di chi suppone oscuramente che, attraverso il danno esistenziale, si verrebbe a dare ascolto a qualsiasi umano disappunto? Sono proprio gli esistenzialisti a chiarire in verità, di continuo, perché così non potrebbe mai essere: mettendo in luce come il fatto del convenuto dovrà, in ogni caso, essere *contra ius*; sottolineando che le attività colpite nella vittima, e per le quali si reclama tutela, non potranno difettare del crisma della meritevolezza.

Sensibilità verso i bisogni generali del mercato, attenzione per la categoria degli assicuratori? Si fa fatica a pensare a dei magistrati schiacciati, più di tanto, sugli allarmismi economici (non sempre innocenti) di alcune compagnie private del paese. Messa in guardia contro le sirene tentatrici del danno *in re ipsa*? S’è già visto come nessuno abbia difeso la categoria del danno-conseguenza – i doveri della severità sul terreno

probatorio – più energicamente degli esistenzialisti.

Nostalgie verso un'impostazione tipizzante degli illeciti extracontrattuali, rilanci dell'antigiuridicità come centro – necessario e sufficiente – della fattispecie *ex art. 2043 c.c.*? I “no” e i “si” più equilibrati appaiono, ancora una volta, quelli pronunciati dai sostenitori delle nuove linee protettive. Vale a dire:

i) non basta disquisire di posizioni soggettive, allorché si parla di torto extracontrattuale; ci si adagia così sulla componente nominale dell'ingiustizia, che è però tutt'altra cosa dal danno; quest'ultimo (realtà del mondo, *faktisch*) non può non esserci nella responsabilità civile; automatizzare il risarcimento significa niente più che dare il via a qualche spirale inflattiva, presso i tribunali, oppure alle commisurazioni irrisorie;

ii) proclamazioni di diritti a parte, a spiccare nella Costituzione è – in primo luogo – il piano delle “attività realizzatrici” della persona: le prerogative formali contano, soprattutto, quali sfondi lungo cui avviene il disegno di ciò che ogni creatura vorrebbe fare, essere al mondo; il danno esistenziale altro non fa, tecnicamente, che trasporre il rigoglio di quegli orizzonti sul terreno dell'illecito;

iii) l'approdo ad una categoria sintetico/lineare riflette, anche in diritto, la propensione di ciascun individuo a pensare unitariamente se stesso; soprattutto alla responsabilità civile, chiamata a governare una casistica pressoché infinita, si addicono le indicazioni statutarie a vasto raggio – le sole capaci di scongiurare vuoti o incoerenze difensive, nonché rischi di duplicazione risarcitoria.

Difficile, come si vede, trovare alle orgogliose

perentorietà di Cass. 29 luglio 2004, n. 14488, giustificazioni razionali, attendibili.

E poiché non sembra questa la sede per congetture d'altro genere (sconcerto dinanzi a un mondo che avanza troppo in fretta? ostentazione di immunità critico/istituzionale, gusto per gli esercizi verbali dell'autorità o della gerarchia), non resta che il richiamo alla sobrietà con cui i giudici perugini chiudono, infine, l'incidente: “Qui la S.C. (a differenza del giudice delle leggi, che aveva seguito la strada della prudenza) si cimenta in un'affermazione tanto netta quanto immotivata: ad essa, perciò, non può attribuirsi alcun decisivo peso, sicché non v'è ostacolo a dissentirne”.

*La sofferenza e il risarcimento* – Circa il significato che la riparazione del danno morale è venuta assumendo, al giorno d'oggi, è possibile osservare in generale.

a) Troppo spesso si ragiona, in dottrina, come se fra angoscia umana e mondo della responsabilità civile ogni interfaccia fosse chiara, assodata per sempre; trattasi invece di relazioni alquanto complesse, mai abbastanza indagate nella loro essenza – tanto più negli ultimi tempi, a tener conto degli spostamenti di campo operati da Cass. 8828/2003.

b) Fra i singoli *sub*-statuti del male non sempre, in giurisprudenza, si distingue adeguatamente. Basta pensare ai vissuti di chi si veda – rispettivamente – colpito da un lutto, oppure rimanga handicappato, resti sfigurato in seguito ad un incidente, subisca una violenza sessuale, finisca calunniato, venga incarcerato ingiustamente, subisca maltrattamenti in famiglia, etc. Difficile non vedere come le ricadute interiori tenderanno a differenziarsi, qui, sotto ogni punto di vista

(intensità del colpo iniziale, pervasività del dolore, effetti collaterali delle ansie, etc.).

c) Non sempre i patemi d'animo corrispondono a qualcosa di transeunte, destinato a scomparire nel tempo, oppure a convertirsi in una perdita della ragione. Spesso – come attestano concordemente le scienze “psi” (dappertutto e in ogni tempo) – accade invece il contrario: fitte interne che non diminuiscono, strazi che addirittura crescono col tempo, pene dello spirito che non trascolorano in cadute psichiche, traumi che mutano restando però come spine del cuore;

d) Anche gli intrecci di tipo funzionale (a seconda della personalità della vittima, del tipo di bene messo in causa, della dolosità/colposità della condotta lesiva, etc.) sono destinati a variare profondamente, nel risarcimento del danno morale. Qui prevarrà – tra le indicazioni del sistema – il motivo della reintegrazione, della soddisfazione per la vittima; là piuttosto quello della recriminazione, del castigo per l'autore; là, magari, quello della prevenzione per i torti futuri del settore: là ancora entreranno in gioco combinazioni più articolate, poliedriche, secondo le necessità del caso.

e) “Sentire” e “fare” costituiscono, nella esperienza dell'essere umano, momenti inconfondibili tra loro. Ogni tanto accade che un giudice riconosca di aver contabilizzato, sul terreno del primo, materiali appartenenti invece al secondo. Ecco gli spazi del danno esistenziale dilatarsi, allora, a scapito di quelli del danno morale soggettivo, senza che il volume del risarcimento aumenti necessariamente.

f) Ciò che il danno morale venga perdendo in competenze (con il secolarizzarsi di qualche voce negativa), acquista di solito in cristallinità. E sempre più ci si accorge allora come, là dove

una sofferenza umana esista davvero, non si potrà non assicurarle “riparazione integrale” – senza atteggiamenti di ordine commiseratorio, da parte dell'ordinamento, né frazionamenti rispetto ad indicatori di tipo medico-legale, o ad altre soglie aritmetiche di riferimento.

*Il danno morale nella sentenza perugina* – Assai puntuali, comunque, in relazione ai dolori patiti da genitori nella vicenda perugina (quanto cioè all'attribuzione agli sfortunati attori di 30.000 euro a ciascuno, a titolo di danno morale), gli argomenti fatti valere nella pronuncia umbra.

– sottolineano opportunamente i giudici: “Nel caso di specie, è certamente da considerare un'acuta sofferenza concentrata successivamente all'ecografia del 28 febbraio 1990, sofferenza resa ancora più viva dalla circostanza che, dopo l'ecografia del 5 gennaio, i genitori non potevano paventare una diagnosi così sfavorevole quale quella poi correttamente formulata”;

– donde poi la meditata conclusione: “Tale sofferenza è sicuramente proseguita, ragionando secondo un criterio di normalità, fino alla nascita ed anche dopo, fin tanto che – come è nella natura delle cose, salvo che il dolore non vada come si suol dire ad incistarsi, finendo per trasformarsi in vera e propria patologia psichica – i genitori non hanno accettato l'accaduto, ponendosi nella prospettiva di farvi fronte”.

*Danno esistenziale e criteri di quantificazione* –

Del tutto congruo (resta infine da aggiungere) il percorso seguito dalla corte perugina per la determinazione del *quantum*, sul terreno del

danno esistenziale – dovuto a ciascuno dei genitori.

i) Così, in primo luogo, a proposito delle osservazioni circa la riconducibilità del d. biologico e del d. esistenziale sotto il medesimo ceppo “antropologico”.

Nessun dubbio, rimarcano i giudici, trattarsi nell’un caso e nell’altro di attività realizzatrici spezzate (con la sola differenza del tipo di bene colpito a monte: là un tratto del corpo o della mente, qua una posizione individuale d’altro genere). Niente di più logico, dunque, che cercare gli indici di commisurazione, ai fini dell’esistenziale, là dove quelle poste figurano da tempo valutate e ordinate, ossia sul terreno del danno biologico.

ii) Così per quanto riguarda, in secondo luogo, le osservazioni (della corte) circa la maggior insidiosità – agli effetti dello sconvolgimento dell’agire quotidiano – dei torti che attengano all’universo della salute, psichica o fisica, piuttosto che non di quelli inerenti ad altri momenti della persona.

Un dato questo – si sottolinea nella pronuncia umbra – di sicuro rilevo anche sul terreno della nascita indesiderata.

Opportunamente precisa, al riguardo, la motivazione come “Il danno esistenziale (...) va ritenuto sicuramente meno grave di un simile danno biologico, dal momento che quest’ultimo avrebbe integralmente precluso qualsiasi attività della persona, mentre il pregiudizio in termini di deterioramento della qualità della vita derivante dalla nascita indesiderata è senz’altro più contenuto, poiché i genitori conservano un ampio margine di «realizzazione», pur deteriorato in conseguenza dell’evento verificatosi”.

Rilievo ripreso e approfondito subito sotto, con

riferimento alla situazione dei genitori del figlio malformato. Al cui proposito i giudici rilevano che “se si pensa ad una empirica suddivisione delle attività della persona in più aree – ad esempio: a) attività biologico-sussistenziali (muoversi, mangiare ecc.); b) affetti, sesso, famiglia, figli; c) lavoro; d) arte, scuola, scienza, cultura; e) svago, sport, vacanze, tempo libero – è facile osservare che, con riguardo alla coppia Utrio Lanfaloni-Angelini, nessuna compromissione si è avuta con riguardo alla sfera *sub a*, imponente è stata la compromissione con riguardo alla sfera *sub b*, senz’altro rilevante è stata la compromissione concernente le altre sfere, non foss’altro che per il minor tempo disponibile allo scopo, dovendo i genitori occuparsi in misura superiore alla norma della bambina”.

iii) Così, infine, per quanto concerne le osservazioni circa il protrarsi delle compromissioni esistenziali, nel futuro vicino e lontano della vittima.

Difficile non concordare, anche qui, con il passaggio della decisione umbra in cui si sottolinea: “per quanto riguarda la permanenza del danno, la corte stima che esso sia destinato ad affievolirsi, ma – ragionando per via presuntiva – non a scomparire: si è detto che la bambina potrà inserirsi nel mondo del lavoro, ma sembra difficile pronosticare che essa potrà affrancarsi integralmente dalla dipendenza dai genitori e, dunque, affrancare questi ultimi da ogni impegno nei suoi confronti”.

*Giudicare senza preconetti* – Tirando allora le fila del discorso:

I) per lo studioso di diritto civile, e ancor più per il giudice della responsabilità, chiudere gli occhi dinanzi alla realtà è quasi sempre rovino-

so – soprattutto trattandosi di crinali ad alto tasso di movimento, quali sempre più appaiono quelli del danno alla persona;

II) ove mancasse, oggi, la possibilità di far capo allo strumento del danno esistenziale, le ipotesi di compromissione alle “attività realizzatrici” dell’individuo, non discendenti da attentati all’integrità fisiopsichica, incontrerebbero serie difficoltà di udienza risarcitoria;

III) le letture arroccate intorno al mero dato dell’antigiuridicità, e disinteressate al piano dei contraccolpi per la vittima, finiscono per calpestare il significato stesso della presenza dell’illecito nel diritto privato – disarmando l’interprete sotto il profilo tecnico e minacciando vuoti preoccupanti di giustizia;

IV) difficile pensare, come anche la sentenza umbra insegna, che la convivenza fra danno “morale” e danno “esistenziale” finirà tanto presto in Italia – magari con qualche travaso interno di materiali, senza tuttavia episodi di sopraffazione o di autentica concorrenza fra le due voci;

V) il crescente riguardo verso i profili della quantificazione, secondo i moduli utilizzati anche nell’esempio perugino, è destinato ad esaltare giorno per giorno – al banco di prova del giudizio – l’identità morfologica fra danno “biologico” e “danno esistenziale”, avvicinando verosimilmente il momento in cui i due lemmi verranno a sciogliersi entro un’unica categoria.

## La lite temeraria ed il patto di quota lite

Avv. Paolo Maggi

Nell'ultimo decennio si è registrato un fenomeno giudiziario senza precedenti, una sorta di *movimento*, che cavalcando indiscriminatamente l'onda *mass-mediatica* della cosiddetta "mala sanità", si è mosso nella direzione di incrementare sensibilmente il contenzioso, sia civile che penale, avente per oggetto l'accertamento della responsabilità professionale del medico, nella gran parte dei casi ginecologo o chirurgo, concorrente con quella della struttura, pubblica o privata, nella quale questi presta la propria opera in favore del paziente.

L'accertamento della responsabilità professionale del medico non è mai fine a se stessa, ma costituisce sempre il presupposto perché il paziente, ed in alcuni casi i suoi più stretti congiunti, ottengano il risarcimento dei danni subiti, suddivisi nelle sottospecie del danno alla salute, del danno patrimoniale e di quello morale. L'entrata in vigore della riforma del processo civile (1995), che ha sensibilmente ridotto i tempi di definizione delle cause ed ha reso provvisoriamente esecutiva la sentenza di primo grado, la già sancita autonomia di quest'ultimo dal processo penale, i cui tempi restano, in media, piuttosto lunghi, hanno rappresentato un significativo incentivo per il paziente insoddisfatto del trattamento medico ricevuto a preferire il Giudice civile a quello penale quale destinatario delle sue istanze di giustizia.

Il rilevato incremento del contenzioso in mate-

ria di responsabilità professionale medica ed, in particolare, di responsabilità del ginecologo ha costituito una vera e propria palestra per la giurisprudenza, sia di merito che di legittimità, la quale si è "sbizzarita" nel creare nuove categorie di danno, prima sconosciute, quali il danno esistenziale, il danno alla vita sessuale, il danno da perdita o da riduzione del rapporto parentale, che allargando il concetto di danno alla salute e di danno morale, da un lato, espongono il sanitario a richieste risarcitorie iperboliche, basate sul modello statunitense, il cui indennizzo è peraltro svincolato da qualsiasi parametro concreto ed è affidato al solo buon senso del magistrato e, dall'altro, avvantaggiano il paziente sotto un riguardo squisitamente probatorio, vista la difficoltà di quantificazione di questo tipo di pregiudizi, che vengono risarciti sulla base della sola allegazione, ossia, della semplice esposizione in citazione.

Ma i nostri Giudici non si sono fermati qui! Essi hanno, infatti, elaborato il concetto di danni di rimbalzo o di illecito plurioffensivo, secondo il quale la incongrua prestazione del medico ha attitudine ad offendere, allo stesso modo, una serie di interessi non sempre riconducibili alla sola persona del paziente insoddisfatto, ma anche ai suoi più stretti congiunti o del suo convivente. Nei casi di morte del paziente o di gravi lesioni a quest'ultimo residue da una determinata prestazione medico-chirurgica, il sani-

tario può essere convenuto in giudizio per il risarcimento dei danni dai più stretti congiunti del paziente, i quali lamenteranno la perdita del rapporto parentale, il danno alla vita familiare, il danno alla sfera psicologica etc.

Questa raffinata elaborazione di principi giurisprudenziali costituzionalmente orientati a dare protezione ai diritti inviolabili della persona, se certamente apprezzabile sul piano astratto, ha in concreto scatenato gli appetiti di una serie di figure *lato sensu* professionali, che prescindendo da una preventiva, seria e doverosa verifica in ordine alla reale sussistenza di una responsabilità medica nel caso concreto, si consorziano tra loro, anche inconsapevolmente, per incardinare giudizi milionari, che mirano a conseguire sostanziosi profitti ai danni della onorabilità della classe medica in generale e di quella dei ginecologi in particolare, i quali appaiono statisticamente tra le categorie più esposte a pretese risarcitorie di questo tipo.

Basti al riguardo sfogliare i repertori di giurisprudenza.

Vittime o partecipi inconsapevoli di questo sistema sono, altresì, le compagnie di assicurazioni che gestiscono il sinistro, per le quali appare, a volte, più economico liquidare in via bonaria il danno lamentato sulla base di pezze di appoggio meramente formali prodotte dall'avvocato del paziente e confermate (con le adeguate riduzioni) dai propri medici legali di fiducia, che cimentarsi in un costoso e lungo giudizio dall'esito incerto a fianco del proprio assicurato.

Molte volte accade che nel corso del giudizio civile intentato dal paziente, il difensore del medico si trova improvvisamente da solo a partecipare ad un'udienza: è il sintomo eclatante che

l'assicurazione, molte volte senza preavvisare il proprio assicurato, né il suo avvocato, si è accordata con il paziente per transigere la lite, riconoscendogli un indennizzo pur senza ammettere la responsabilità del sanitario, a fronte della rinuncia a proseguire oltre nella causa.

Il medico, ovviamente nel caso in cui la pretesa risarcitoria gli appaia infondata, esce dal processo ferito nel suo orgoglio di uomo e di professionista, irrimediabilmente leso dall'iniziativa giudiziaria e non tutelabile in altro modo se non con la prosecuzione del giudizio che, tuttavia, gli è consentita solo ove egli abbia preventivamente formulato tempestiva domanda riconvenzionale di risarcimento del danno per lite temeraria.

L'accennata situazione di grave squilibrio tra paziente e medico nelle controversie di responsabilità civile – ulteriormente aggravata dall'addossamento in capo al sanitario dell'onere della prova in ordine all'esatta esecuzione della prestazione professionale, semplicemente affermata incongrua e dannosa dal paziente, ovvero, in ordine alla circostanza di aver diligentemente osservato tutte le opportune cautele per evitare l'evento dannoso, in modo tale da vincere la presunzione di colpa prevista dalla legge (art. 1218 c.c.) ed andare così esente da responsabilità – può essere contrastata, allo stato, solo con un'efficace difesa che dovrà essere affidata ad un professionista di consolidata esperienza del settore e che saprà modularla in relazione alle peculiarità del caso concreto.

Nelle controversie manifestamente infondate, ove *ictu oculi*, emerge l'intento speculativo dell'attore, è il caso di utilizzare l'istituto processuale della responsabilità aggravata per lite temeraria, previsto e disciplinato dall'art. 96, com-

ma I, del codice di procedura civile, il quale testualmente dispone che: “Se risulta che la parte soccombente ha agito o resistito in giudizio con mala fede o colpa grave, il giudice, su istanza dell'altra parte, la condanna oltre che alle spese, al risarcimento dei danni, che liquida, anche d'ufficio, nella sentenza”.

L'accertamento della responsabilità aggravata dell'attore, va oltre la semplice condanna alle spese processuali che è conseguenza obiettiva della soccombenza, che appunto si aggrava; essa è, invece, fondata su di un illecito e dà diritto al risarcimento di tutti i danni che conseguono all'aver dovuto partecipare ad un giudizio obbiettivamente ingiustificato.

Nel novero dei danni vanno, a mio avviso, considerati soprattutto quelli di natura morale, la cui liquidazione è rimessa all'equo apprezzamento del magistrato, quali ad esempio quello consistente nella lesione della reputazione professionale. Non è da escludere che nella fattispecie concreta sussistano anche danni alla salute, per il medico che dimostri che l'insorgenza o l'aggravarsi di una patologia, spesso di carattere psicologico, sia legata da nesso di causalità diretto ed immediato alla proposizione nei suoi confronti dell'azione temeraria.

Presupposti della condanna al risarcimento del danno a titolo di responsabilità processuale aggravata per lite temeraria, sono i seguenti: a) totale soccombenza; b) coscienza dell'infondatezza della domanda (dolo) o carenza dell'impiego di quella ordinaria diligenza volta all'acquisizione di detta coscienza (colpa grave).

Volendo esemplificare, la fattispecie in esame può sussistere, nel caso in cui il paziente agisca in giudizio per il risarcimento dei danni da colpa medica, senza aver preventivamente incari-

cato un medico legale di sua fiducia, preferibilmente specialista, di valutare la sussistenza in concreto della colpa professionale del sanitario convenuto, il quale poi risulti vittorioso, magari a seguito di consulenza medico legale disposta d'ufficio dal Giudice, che lo mandi assolto da qualsivoglia responsabilità.

Questo non è un caso di scuola, ma può in concreto accadere, anche con modalità diverse e meno dannose per il sanitario. Il paziente conviene in giudizio il chirurgo lamentando, magari a distanza di anni dall'intervento, generiche complicazioni al suo stato di salute, che assume essergli derivate dall'incongruo trattamento sanitario a cui si è sottoposto ed a fondamento della sua domanda allega una generica e poco approfondita relazione medico legale posteriore all'atto dell'introduzione della causa, ma che introduce fatti nuovi rispetto a quelli dedotti in citazione.

In casi come questo, un'attenta difesa che sfrutti adeguatamente le rigide regole del nuovo processo civile e non consenta all'attore l'introduzione, né la specificazione di fatti diversi da quelli narrati in citazione, anche sotto forma di articolazione di mezzi di prova, oltre la seconda udienza, unitamente alla volontà del Giudice di studiare la causa sin dalla fase di trattazione, prima cioè di conferire l'incarico al consulente medico d'ufficio, può portare al rapido rigetto della domanda attorea, senza neppure costringere il medico al supplizio di dover essere giudicato da un collega e di comparire personalmente in un aula di giustizia per discolarsi.

La strada della lite temeraria è, tuttavia, in salita ed irta di difficoltà.

È, in primo luogo, importante precisare che la competenza a provvedere sulla domanda di



condanna al risarcimento dei danni da responsabilità processuale aggravata è riservata in via esclusiva al Giudice che provveda sulla domanda proposta temerariamente nel corso del relativo procedimento. In questo stesso giudizio deve inoltre avvenire, oltre alla pronuncia sull'*an*, anche la liquidazione del *quantum*, non essendo ammessa condanna generica.

In altri termini, ciò significa che:

- 1) non è consentito al medico di proporre domanda di danni per lite temeraria in un giudizio diverso da quello che lo vede convenuto per l'accertamento ed il risarcimento dei danni derivanti dalla sua colpa professionale;
- 2) il medico è onerato, nello stesso giudizio in cui è prevalentemente occupato a dimostrare la propria innocenza, di dedurre e provare i danni che gli derivano dalla ingiustificata azione contro di lui promossa.

Lo strumento della lite temeraria ha, in ogni caso, valenza pratica marginale nel contrastare l'incremento del contenzioso in materia di colpa medica.

Deve al riguardo considerarsi che l'agire in giudizio è un diritto costituzionalmente garantito anche a colui al quale il Giudice darà torto. E ciò perché nel momento in cui un soggetto decide di agire in giudizio non può ancora sapere se avrà torto o ragione, anche in considerazione di una serie indefinita di variabili che, a volte, coinvolgono anche le modalità con le quali la causa viene seguita dal proprio difensore.

È solo quando risulti certo che la parte ha agito era ben consapevole del suo torto ed ha agito per spirito di emulazione od altre ragioni analoghe, questa situazione di "mala fede" appare rivelatrice di un abuso del diritto di azione e

perciò di un comportamento illecito sanzionato con il risarcimento del danno.

Come si è visto, però, ciò accade raramente, quando cioè il paziente agisce contro il medico sulla base di affermazioni di colpa prive di riscontri medico-legali e poi risulti soccombente. Nella stragrande maggioranza dei casi, invece, il paziente produce a sostegno della propria domanda una consulenza medico-legale di parte, che affermando la colpa del medico nella causazione del danno lamentato costituisce per lui, nell'ipotesi di soccombenza, valida esimente dalla responsabilità processuale aggravata.

Il paziente avrà in tal caso dimostrato di aver agito in giudizio con l'ordinaria diligenza volta a valutare preventivamente la fondatezza della propria domanda.

Il rimedio della lite temeraria torna utile solo nel caso in cui al termine del giudizio che lo vede soccombente sia accertato, in via incidentale, che egli ha agito sulla base di una perizia medica palesemente falsa.

Da quanto ci siamo sin qui detti, appare evidente che il vero perno attorno al quale ruota tutto il sistema della responsabilità civile per colpa medica è rappresentato, prim'ancora che da avvocati "disinvolti", dai medici legali, alcuni dei quali, anche di specchiata fama, appaiono poco rispettosi dei canoni di deontologia professionale della categoria di appartenenza, prestandosi, con estrema facilità, a fornire adeguato supporto a pretese risarcitorie mediante relazioni finalizzate a provare "comunque" la colpa del collega che ha avuto in cura il paziente.

Al fine di scoraggiare tale andazzo, è opportuno provvedere nel caso di conclamate e sicure false perizie, la cui falsità potrà essere accertata da medico legale di propria fiducia sulla base

dei documenti sanitari prodotti in causa dal paziente, denunciarle direttamente alle autorità competenti in sede penale, ovvero, al Giudice istruttore in sede civile, il quale, dopo aver disposto perizia medico-legale d'ufficio che tale falsità confermi in via incidentale, non avrà altra scelta che inviare gli atti del processo alla competente Procura della Repubblica per l'accertamento delle conseguenti responsabilità penali dei consulenti medici di parte.

Le difficoltà dell'utilizzo dello strumento della lite temeraria sono ancor più accentuate nell'ambito del processo penale, dove la pubblica accusa – e non l'attore come nel processo civile – è onerata della prova della responsabilità medica.

È ora il caso di occuparci dell'altro aspetto della relazione e cioè del c.d. "patto di quota lite", al fine di verificarne le concrete possibilità di contrastarlo sempre nel tentativo di arginare la proliferazione di azioni giudiziarie infondate. L'illiceità del patto di quota lite è sancita, oltre che dai codici deontologici dell'avvocatura, nell'art. 2233, comma 3, c.c., secondo il quale: "Gli avvocati, i procuratori e i patrocinatori non possono neppure per interposta persona, stipulare con i loro clienti alcun patto relativo ai beni che formano oggetto della controversie affidate al loro patrocinio sotto pena di nullità e dei danni".

Il divieto del patto trova fondamento nell'esigenza di assoggettare a disciplina il contenuto patrimoniale di un peculiare rapporto di opera intellettuale, al fine di tutelare l'interesse del cliente e la dignità e la moralità della professione forense, che risulterebbe pregiudicata tutte le volte in cui, nella convenzione concernente il compenso, sia, comunque, ravvisabile la par-

tecipazione del professionista agli interessi economici finali ed esterni alla prestazione, giudiziale o stragiudiziale, richiestagli.

La Cassazione ha fornito un'interpretazione estensiva della norma di cui all'art. 2233, comma 3, c.c., configurando il patto illecito anche nell'ipotesi in cui il compenso avente ad oggetto parte dei beni o dei crediti oggetto della lite è correlato al risultato pratico dell'attività svolta, ovvero, alla vittoria della causa.

È di questo secondo tipo il patto di quota lite che può sottostare all'instaurazione dei giudizi di responsabilità civile per colpa medica.

Come si vede, il patto di quota lite è un contratto illecito per contrarietà a norma imperativa, ma la nullità che lo colpisce può essere fatta valere giudizialmente solo dalle parti che lo hanno contratto, mentre esso è per il medico *res inter alios acta*, che alcun pregiudizio diretto gli arreca.

Il pregiudizio che può derivare alla classe medica dalla diffusione di questa disdicevole pratica è, infatti, indiretto e mediato ed è rappresentato dal possibile incremento nei riguardi dei membri che la compongono di giudizi non sempre fondati.

Con la stipulazione di tal patto i pazienti sono invogliati ad esercitare il proprio diritto costituzionale di difesa, tuttavia, disinteressandosi di valutare le conseguenze di natura economica che gli possono derivare dall'esito del giudizio che intraprendono e, dunque, a prestare con estrema facilità il proprio consenso anche rispetto ad azioni manifestamente infondate.

Di solito la prassi del patto di quota lite, che riguarda il compenso del professionista, si accompagna ad altra pratica disdicevole secondo i codici deontologici dell'avvocatura, consistente

nell'impegno patrimoniale dell'avvocato per conto del cliente, anche in termini di spese.

In questi casi, l'avvocato assume la causa in proprio, sollevando il cliente da qualsivoglia onere di spesa, presente e futuro.

Anche nell'ipotesi in cui si voglia accedere alla tesi, secondo la quale la nullità del patto di quota lite sia assoluta ed essere fatta valere da chiunque ne abbia interesse e, dunque, anche dal sanitario che assume di aver subito danno dalla sua stipulazione, è appena il caso di precisare che egli sarebbe onerato di una *probatio diabolica*, tenuto conto dell'estrema improbabilità che l'avvocato ovvero il cliente-paziente ne faccia ammissione, rispettivamente, in sede di interrogatorio formale, ovvero, di prova testimoniale.

In ogni caso, questa legittimazione ad agire per la nullità del patto non può essere fatta valere nel corso del giudizio per colpa medica, per l'assorbente rilievo che il risarcimento dei danni che ad essa si accompagna vede come soggetto obbligato dalla legge l'avvocato e non il cliente. In ultima analisi, l'unico strumento che il medico ha a disposizione per arginare la pratica del patto di quota lite è la denuncia dell'avvocato che lo pratica al proprio Consiglio dell'Ordine di appartenenza, con l'avvertenza che tale denuncia può essere fatta solo in presenza di elementi probatori sicuri e concreti al riguardo, perché altrimenti il denunciante si espone al serio rischio di subire una denuncia per diffamazione, con conseguente richiesta di risarcimento dei danni.

Tirando le fila del discorso, in mancanza di un

intervento del legislatore che si occupi specificamente del problema, integrando le attuali regole codicistiche in materia di responsabilità professionale (ad esempio, con l'istituzione del tentativo obbligatorio di conciliazione da espletarsi prima dell'introduzione della causa davanti ad un organismo di natura pubblicistica composto sia da medici che da giuristi), le iniziative concretamente praticabili per arginare il fenomeno del proliferare di azioni manifestamente infondate contro la classe medica sono le seguenti:

- 1) denunciare i casi di conclamate e sicure false perizie e consulenze di parte e/o di ufficio;
- 2) intervenire – anche attraverso l'organizzazione di corsi periodici – sulla formazione dei medici con specifico riferimento anche al rispetto della deontologia professionale;
- 3) garantire agli associati un'assistenza legale e medico-legale costante fin dal primo insorgere di un contenzioso civile o penale attraverso la predisposizione, quantomeno a livello regionale, di collegi difensivi ai quali siano ammessi professionisti di consolidata esperienza nello specifico settore;
- 4) avviare, anche attraverso la istituzione di un centro raccolta dati, nel rispetto della legge sulla "privacy", un'indagine sui casi di accertato patto di quota lite e/o lite temeraria in modo da poter avere un elenco dei professionisti che abitualmente li praticano e delle sentenze che tali accertamenti hanno compiuto.

Lieto dell'invito, mi auguro di aver dato un contributo concreto in ordine al tema assegnatomi e porgo i miei più cordiali saluti.

## Norme per gli autori

I dattiloscritti vanno inviati al Comitato Editoriale AOGOI – presso la Segreteria nazionale, Via Giuseppe Abamonti, 1 20129 Milano – all'attenzione della Direzione scientifica. Non si risponde della reperibilità di materiale inviato o consegnato ad altri indirizzi. L'accettazione dei lavori è subordinata al parere dei referees appositamente incaricati. La lettera di accompagnamento deve indicare un autore come corrispondente, recapito telefonico e postale.

### Si prega di allegare:

1. titolo del lavoro (in italiano e in inglese)
2. nomi e cognomi degli autori per esteso
3. enti o istituti di appartenenza
4. riassunto in italiano
5. parole chiave in italiano
6. summary in inglese
7. key words in inglese
8. bibliografia completa in tutte le voci (vedi sotto)
9. se ci sono tabelle devono essere complete di titolo, eventuale legenda e riferimento nel testo
10. se ci sono illustrazioni devono essere complete di didascalia, eventuale legenda e riferimento nel testo.

La chiarezza e la completezza nella presentazione dei testi, tabelle e figure contribuisce ad accelerare i tempi di pubblicazione. L'autore è responsabile di tutto il contenuto del testo pubblicato.

Si dà per scontato che i testi proposti non siano

già stati pubblicati, né simultaneamente inviati ad altri editori.

**Testi.** Il testo deve essere redatto in italiano e non deve superare il massimo di 15/18 cartelle dattiloscritte.

La cartella (60 battute per 30 righe ciascuna) devono essere scritte su una sola facciata a doppia interlinea, con adeguato margine ai lati per annotazioni redazionali, e senza correzioni a mano.

Le unità di misura devono essere riferite secondo il sistema internazionale.

**Informatizzazione.** I lavori devono essere inviati su supporto informatico accompagnati comunque dalla stampa su carta per la prima verifica.

Non saranno accettati lavori privi di supporto informatizzato.

**Titoli.** Si raccomanda che i titoli siano brevi e specifici; la redazione si riserva il diritto di apportare eventuali modifiche che si rendessero necessarie previa comunicazione all'autore.

**Riassunti.** Ogni lavoro deve essere accompagnato da un riassunto in italiano di lunghezza compresa tra le 10 e le 15 righe dattiloscritte.

**Bibliografia.** La bibliografia deve essere numerata consecutivamente nel testo.

Alla fine del lavoro le citazioni verranno elencate nell'ordine numerico in cui sono state citate e quindi non in ordine alfabetico.

Per ogni citazione di articoli si indicheranno nell'ordine: cognome e iniziale del nome di tutti gli autori, titolo dell'articolo, nome della pubblicazione abbreviata secondo l'Index Medicus, anno di pubblicazione, numero del volume, numero della prima e dell'ultima pagina dell'articolo.

Per ogni citazione di libri, cognomi e iniziali di tutti gli autori, titolo del libro, numero di pagina nel caso di specifico riferimento, edizione oltre alla prima, cognomi e iniziali dei curatori dell'opera, casa editrice, città e anno di pubblicazione.

**Illustrazioni e tabelle.** Le illustrazioni possono essere inviate come foto in bianco e nero o a colori su carta lucida, come diapositive in b/n o a colori, o come disegni originali in inchiostro di china nel formato massimo 18x24 cm.

Sul retro in alto a matita vanno indicati il nome dell'autore e il numero dell'illustrazione (qualora siano più di una). Ogni tabella deve avere un titolo ed essere chiaramente autoesplicativa (se vengono riportate delle sigle deve esserci una legenda esauriente).

Il numero delle illustrazioni e delle tabelle deve essere finalizzato alla comprensione del testo; in ogni caso la redazione si riserva il diritto di modificare o eliminare le figure che non soddisfino questa esigenza.

**Bozze.** Solo su specifica richiesta contemporanea all'invio del materiale o per decisione insindacabile della direzione scientifica, le bozze verranno inviate all'autore indicato come corrispondente e dovranno essere restituite entro 10 giorni dal ricevimento. Sono accettate solo correzioni di carattere tipografico.

**Uniformità.** La redazione si riserva il diritto di apportare al testo modifiche di uniformità redazionale.

**Importante.** I lavori inviati, una volta accettati per la pubblicazione, non verranno restituiti agli autori.

I lavori che non rispettano le norme qui indicate saranno rinviati agli autori.





tutela  
legale on-line  
**M.A.M.M.A. AOGOI**

Movement Against Medical Malpractice and Accident  
of Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

www.ginecologiaforense.it

**SOCIO**

nome	
cognome	
indirizzo	
città	
provincia	cap
sede di lavoro	
email	mobile
telefono	telefax

**TIPO**

- evento sanitario avverso
- atti della magistratura
- contenzioso amministrativo

**EVENTO**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

descrivere in modo sintetico l'evento per il quale si richiede assistenza

**RICHIESTA**

- parere legale
- parere di esperto clinico
- parere sindacale o amministrativo
- verifica della linea difensiva già in atto
- altro

**DESCRIZIONE**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

descrivere in modo sintetico il tipo di assistenza che si richiede

**CONTATTO**

- telefono
- telefax
- e-mail
- mobile

indicare la modalità con cui si preferisce essere contattati

**CONSENSO**

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente le condizioni generali di funzionamento del servizio di "tutela legale" pubblicate sul sito web "www.aogoi.it" e sulla rivista dell'associazione "Gynecoaogoi".

data .....

il socio .....

INVIARE VIA FAX AL NUMERO 02- 29525521

