

# RASSEGNA STAMPA

## DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

### DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

MERCOLEDI' 11 MARZO 2015

#### SOMMARIO

##### LA NUOVA SARDEGNA

- ❖ **OLBIA Choc settico: morto nel giro di poche ore** La vittima è un pensionato di 65 anni. Tra le ipotesi c'è la meningite fulminante: sorveglianza sanitaria su amici e parenti
- ❖ **REGIONE Chiusi gli ospedali psichiatrici giudiziari**
- ❖ **SASSARI Morire secondo coscienza col testamento biologico** *Approvata l'istituzione di un registro ufficiale delle ultime volontà dei cittadini* *Si certificherà la propria scelta su accanimento, donazione organi, cremazione*
- ❖ **TEMPIO Ortopedia, unità d'eccellenza a Tempio** I numeri confermano la qualità del reparto guidato da Mauro Pianezzi. *Complimenti anche dal viceparroco Luciano Brozzu*

##### L'UNIONE SARDA

- ❖ **OLBIA Muore in ospedale: si sospetta una meningite**  
Pensionato di 65 anni ucciso da un'infezione fulminante

##### QUOTIDIANO SANITA'.IT

- ❖ **Riforma Costituzione. Via libera della Camera. Allo Stato esclusività su politiche salute e sociali.** Alle Regioni restano programmazione e gestione dei servizi
- ❖ **Parlamento Ue. Approvata risoluzione su diritto all'aborto e alla contraccezione.** Ma le politiche in materia restano nazionali
- ❖ **Ospedali. In tre anni "rubati" farmaci per un valore di 22 milioni di euro.** Il Rapporto Transcrime

##### SOLE 24 ORE SANITA'.IT

- ❖ **RESPONSABILITÀ MEDICA/ Colpa, così parlò la Cassazione** *Massimario delle principali sentenze emesse nel 2014* *I supremi giudici ridisegnano la colpevolezza secondo la legge Balduzzi*
- ❖ **EMOINDENNIZZI** *Rassegna delle massime di Cassazione a cura della redazione Lex*
- ❖ **Formazione: rallenta il fabbisogno regionale di medici, odontoiatri e veterinari**

##### DOCTOR 33. IT

- ❖ **L'economista: razionalizzare la contribuzione per la sostenibilità delle casse**
- ❖ **DIRITTO SANITARIO** *No a terapie complacenti: Cassazione condanna medico ayurvedico per omicidio colposo*

## **LA NUOVA SARDEGNA**

### **OLBIA Choc settico: morto nel giro di poche ore La vittima è un pensionato di 65 anni. Tra le ipotesi c'è la meningite fulminante: sorveglianza sanitaria su amici e parenti**

Il sospetto è che a portarselo via nel giro di poche ore sia stato un attacco fulminante di meningite: saranno le analisi in corso a svelare la natura dello choc settico che due sere fa ha ucciso Giovanni Isopo, pensionato olbiese di 65enne, conosciuto nell'ambiente dell'Asl per aver svolto il lavoro di magazziniere dell'ospedale. Non è detto però che la causa sia la micidiale infezione da meningococco B: in passato gli esami effettuati in circostanze simili hanno confermato l'ipotesi, ma allo stesso modo l'hanno anche smentita. Ci vorrà almeno un giorno prima di saperne di più, al più tardi la risposta arriverà nel giro di cinque giorni. Nel frattempo è scattata la fase della sorveglianza sanitaria sulle persone che sono entrate in contatto con l'uomo, in modo da prevenire un eventuale contagio. È accaduto tutto avantieri, quando l'uomo si è sentito male. Intorno alle 17.30 è arrivato al pronto soccorso dell'ospedale Giovanni Paolo II in condizioni già difficili, tanto che dopo gli accertamenti del caso e in seguito al peggioramento delle sue condizioni, è stato trasferito nel reparto di rianimazione. Ma è morto in poche ore: choc settico, dicono i medici. Si attendono ora gli esiti dell'emocoltura grazie alla quale sarà possibile stabilire la natura del germe che ha portato al decesso dell'uomo. L'Azienda sanitaria, che si dice vicina alla famiglia in questo terribile momento, si mostra estremamente prudente e nella nota inviata alla stampa non pronuncia mai la parola meningite, nemmeno come ipotesi, precisando che la certezza sulle cause della morte verrà data solo dall'esito degli esami di laboratorio, ancora in corso. In seguito alla segnalazione del pronto soccorso, immediatamente il servizio di igiene e sanità pubblica della Asl di Olbia ha attivato i protocolli di indagine epidemiologica e di sorveglianza sanitaria sulle persone che sono entrate a contatto con Isopo. A Olbia nel recente passato ci sono stati due casi mortali nel giro di 6 mesi: una bambina di tre anni nel dicembre 2013 e una bambina di dieci mesi nel maggio 2014. E proprio in quel periodo era stato annunciato l'avvio di una campagna di vaccinazione contro il meningococco B.

### **REGIONE Chiusi gli ospedali psichiatrici giudiziari**

La Sardegna è la prima regione, insieme con il Lazio, a rispettare il termine ultimo imposto dal Governo per la chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari. La Giunta, su proposta dell'assessore della Sanità Luigi Arru, ha approvato le disposizioni per il definitivo superamento degli Opg, impegnandosi a elaborare e attuare programmi personalizzati di dimissione e presa in carico dei pazienti da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale. «È un provvedimento di cui andiamo particolarmente orgogliosi –

dice l'assessore Arru – Ci sono 22 sardi ricoverati di cui la Regione dovrà interamente farsi carico: di questi, 18 possono essere dimessi e seguiti con programmi personalizzati. Abbiamo individuato una struttura a Capoterra e stretto un accordo con la Asl di Sanluri». Sempre su proposta dell'assessore della Sanità, l'esecutivo ha approvato la proroga delle linee guida per i Piani locali unitari dei servizi alla persona e il riparto delle risorse destinate al finanziamento indistinto del Servizio sanitario tra le Aziende sanitarie.

## **SASSARI Morire secondo coscienza col testamento biologico Approvata l'istituzione di un registro ufficiale delle ultime volontà dei cittadini Si certificherà la propria scelta su accanimento, donazione organi, cremazione**

I sassaresi saranno liberi di morire secondo coscienza. Ieri la commissione ai Problemi sociali di Palazzo Ducale ha deciso di istituire il registro comunale dei testamenti biologici, ossia le dichiarazioni ufficiali con cui ciascun cittadino sceglie e indica come dovrà essere il suo ultimo viaggio sulla terra nel caso dovesse ammalarsi in maniera non più guaribile. Potrà indicare se dovranno essergli applicate cure palliative o se dovrà essere sottoposto al cosiddetto accanimento terapeutico, se i suoi organi potranno essere donati, se da morto dovrà essere seppellito o cremato. Tutto nel rispetto delle leggi che regolano questo delicato tema, e soprattutto nel rispetto delle volontà della singola persona. La decisione della V Commissione comunale è arrivata dopo una discussione molto attenta e dopo che i commissari hanno ascoltato i suggerimenti e la testimonianza dell'Associazione Franco Mura Onlus, attiva da tempo a sostegno delle cure palliative e della terapia del dolore. Ieri, su proposta della presidente della Commissione, la consigliera Pd, Carla Fundoni, i commissari hanno deciso all'unanimità di dare il via ufficialmente al percorso burocratico che porterà alla creazione di un regolamento ad hoc e quindi all'istituzione vera e propria del registro. Non solo. L'idea avanzata dalla presidente, e condivisa da tutti, è quella di fare del Comune di Sassari l'ente capofila nel promuovere in tutta la Sardegna iniziative simili e nel sollecitare, con l'Anci e la Regione, il Governo nazionale affinché il Parlamento legiferi prima possibile per regolare un ambito che, a oggi, risente di un inspiegabile vuoto normativo. D'accordo con la Commissione anche gli assessori Luigi Polano (Politiche per l'innovazione e Punto città) e Maria Grazia Manca (Politiche sociali), che hanno riferito di avere già avuto dei colloqui con l'associazione Franco Mura onlus e di appoggiare completamente sia l'iniziativa di istituire il registro dei testamenti biologici, sia la raccolta di firme della onlus per sollecitare la istituzione ad applicare la legge 38 del 15 marzo 2010 che sancisce il diritto dei pazienti alle cure palliative. «Purtroppo si tratta di un diritto che oggi è negato alla maggior parte dei cittadini sardi, perché in gran parte dei territori dell'Isola non esistono strutture dedicate (gli hospice), e le Asl non sono in grado di

assicurare questo genere di assistenza a tutti i pazienti che ne avrebbero necessità e, appunto, diritto», ha spiegato Enrico Mura, presidente della Franco Mura onlus. Per quanto riguarda l'istituzione del registro dei testamenti biologici, il Comune ora nominerà una commissione di esperti per redigere il regolamento, dando tra l'altro corso a un ordine del giorno del Consiglio comunale, presentato nella scorsa legislatura dal consigliere Pd Gianpaolo Mameli (presente ieri in Commissione come rappresentante dell'associazione Franco Mura e grande sostenitore dell'iniziativa durante tutto il corso dello scorso mandato, e anche di questo anche se esternamente al Comune) e approvato il 23 dicembre 2013.

## **TEMPIO Ortopedia, unità d'eccellenza a Tempio I numeri confermano la qualità del reparto guidato da Mauro Pianezzi. *Complimenti anche dal viceparroco Luciano Brozzu***

(Lunedì 9 marzo ) «L'unità operativa di ortopedia e traumatologia del Paolo Dettori di Tempio è un fiore all'occhiello della Sanità gallurese da salvaguardare, e potenziare, ove possibile, a beneficio delle nostre comunità». Così dice don Luciano Brozzu, stimato ed apprezzato vice parroco della Cattedrale di Tempio che, ricoverato per alcuni giorni per un piccolo intervento, ha potuto constatare l'alta professionalità sia medica che paramedica, esistente all'interno dell'Unità diretta egregiamente da Mauro Pianezzi, (allievo, per così dire, dell'eccelsa scuola olbiese di Peppino Mela). «Ho trovato all'interno di questo reparto, dice ancora don Luciano Brozzu, sia da parte dei medici che dei paramedici, la più ampia e qualificata assistenza. Questo non soltanto nei miei riguardi ma nei confronti di tutti pazienti, seguiti ed assistiti, come se ognuno di loro fosse l'unico paziente presente. La cosa che più positivamente ha colpito me ed altri pazienti come me (con i quali ci incontravamo nelle visite di controllo), è stato anche constatare come questa assistenza ed attenzione si sia prolungata oltre il ricovero, con telefonate e visite regolari esterne che aiutano sicuramente a guarire fisicamente ma fanno bene anche allo Spirito perché ci sente amati anche oltre la malattia». In effetti l'Unità operativa di ortopedia e traumatologia, di Mauro Pianezzi, (sottoposta alcuni mesi or sono anche ad una ristrutturazione edilizia, che ha fornito i requisiti necessari per l'accreditamento della struttura presso il Sistema sanitario regionale), da molto si è conquistata la fiducia e la stima della gente e da qualche tempo a questa parte, ( forse anche per un benefico passa parola), sta accumulando numeri, prestazioni, ed interventi chirurgici di tutto rispetto che non hanno nulla da invidiare ad altri ospedali. Nell'ultimo anno, per esempio, nella Divisione di ortopedia e traumatologia di Tempio sono stati effettuati complessivamente, 880 interventi di chirurgia ortopedica maggiore e minore, tra i quali 100 interventi di chirurgia protesica tra anca ginocchio e articolazione trapezio-metacarpale e 48 interventi di artroscopia riguardante la patologia del ginocchio, ( servizio questo, avviato nei primi mesi del 2014). Da Guinness dei primati la percentuale degli operati con frattura al femore, entro le 24-48 ore dall'evento traumatico, così come impongono le direttive

nazionali. Il 65 per cento. Un dato altissimo che si avvicina alle direttive e che distanzia di moltissimo i dati( 47/48 per cento) di altri nosocomi, più grandi e più celebrati del Paolo Dettori. All'Unità operativa di ortopedia e traumatologia del Paolo Dettori di Tempio, oltre l'intera Gallura, fanno riferimento anche l'Anglona, la bassa valle del Coghinias ed una parte del Logudoro.

## L'UNIONE SARDA

### **OLBIA Muore in ospedale: si sospetta una meningite** **Pensionato di 65 anni ucciso da un'infezione fulminante**

Stroncato da un'infezione fulminante, forse una meningite ma una risposta certa potranno darla solo le analisi tra qualche giorno. Di certo per ora c'è solo la morte di un pensionato olbiese di 65 anni avvenuta lunedì sera nel reparto di Rianimazione dell'ospedale Giovanni Paolo II per uno shock settico, un'infezione batterica diffusa. L'uomo, un ex dipendente della Asl in pensione da un po' di tempo, si è presentato al Pronto soccorso intorno alle 17,30 per un malore. Accusava mal di testa e altri disturbi che inizialmente potevano far pensare a patologie di tipo cardiaco, anche perché l'uomo pare avesse qualche piccolo problema di questo tipo. Ma il quadro clinico ha iniziato a peggiorare rapidamente e il pensionato è stato trasferito nel reparto di Rianimazione dove, nonostante le terapie iniziate immediatamente, è morto qualche ora dopo.

**LE ANALISI** Dai primi accertamenti è emerso che ad uccidere l'uomo è stata una grave infezione ma sarà l'emocultura, la ricerca dei microorganismi nel sangue, a dire di che tipo di batterio si tratta. Sarà quindi necessario qualche giorno per stabilire con certezza le cause della morte. Lo shock settico è in molti casi provocato dal meningococco, un batterio che è spesso causa di meningite. A quanto pare l'uomo, quando si è presentato al Pronto soccorso però non presentava i segni tipici della terribile infezione che colpisce le meningi. In altri casi, soprattutto in persone con altri problemi di salute, anche altre infezioni batteriche possono avere una grave evoluzione. Tutti dubbi che potranno essere chiariti solo dagli esami in corso.

**SORVEGLIANZA** Nel frattempo sono stati avviati i protocolli di indagine epidemiologica. Dal Pronto soccorso, infatti, è partita subito la segnalazione al Servizio di Igiene e Sanità pubblica della Asl. È stata attivata una sorveglianza sanitaria delle persone che sono entrate in contatto negli ultimi giorni con il pensionato. Nei casi di infezione da meningococco, di solito si procede con una profilassi antibiotica, una terapia che è in grado di eliminare il batterio ed evitare che provochi l'infezione. Ma anche su questo versante si attendono le analisi per capire se c'è un reale pericolo di contagio.

## **Riforma Costituzione. Via libera della Camera. Allo Stato esclusività su politiche salute e sociali. Alle Regioni restano programmazione e gestione dei servizi**

*Con 357 voti favorevoli e 125 contrari, l'Aula di Montecitorio ha detto sì alla legge che modifica il Senato e il Titolo V della Costituzione. Hanno votato a favore Pd, Area popolare (Ncd-Udc), Pi-Cd e Scelta civica. Parere contrario è invece arrivato da Fi, Ln, Fdi-An, Alternativa libera e Sel. I deputati del M5S non hanno partecipato al voto. Il provvedimento torna ora al Senato. [IL TESTO](#)*

E' arrivato ieri mattina, con 357 voti favorevoli, 125 contrari e 7 astenuti, il via libera dalla Camera al disegno di legge costituzionale: *Disposizioni per il superamento del bicameralismo paritario, la riduzione del numero dei parlamentari, il contenimento dei costi di funzionamento delle istituzioni, la soppressione del Cnel e la revisione del titolo V della parte II della Costituzione*, già approvato in prima deliberazione dal Senato.

"Un Paese più semplice e più giusto", questo il commento a caldo apparso sul profilo *twitter* del presidente del Consiglio, **Matteo Renzi**.

A favore del disegno di legge hanno votato Pd, Area popolare (Ncd-Udc), Pi-Cd e Scelta civica. Parere contrario è invece arrivato da Fi, Ln, Fdi-An, Alternativa libera e Sel. I deputati del M5S non hanno partecipato al voto denunciando il tentativo in atto di "rovina della Costituzione imposto con metodi fascisti". Non sono certo mancati i dissensi anche all'interno degli stessi partiti. Tra i deputati del Pd, **Stefano Fassina** non ha partecipato al voto, mentre **Gianni Cuperlo**, **Rosy Bindi** e **Alfredo D'Attorre** hanno annunciato che, se non ci saranno modifiche al testo nel corso del prossimo esame al Senato, questo potrebbe diventare il loro "ultimo sì". Anche Forza Italia si è 'spaccata': **Gianfranco Rotondi**, durante il suo intervento, ha annunciato voto favorevole al provvedimento, nel mentre, 18 deputati vicini a **Denis Verdini** - e dunque 'fedeli' alla linea pro-patto del Nazareno - hanno messo nero su bianco il loro "dissenso" rispetto alle indicazioni del leader di compattarsi sul voto contrario.

Il testo tornerà ora all'esame di Palazzo Madama.

Quanto al testo del provvedimento, per la sanità cambiano i rapporti di "forza" tra Stato e Regioni. Con il nuovo articolo 117 del titolo V, infatti, si ampliano le competenze statali prevedendo l'esclusività della potestà legislativa dello Stato non solo nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni ma anche nelle "disposizioni generali e comuni per la tutela della salute e per le politiche sociali".

Questa **la nuova lettera m) dell'art. 117** modificato dalla Camera:

(...) Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie:

(...)

m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale; disposizioni generali e comuni per la tutela della salute; per le politiche sociali e per la sicurezza alimentare (...).

Alle Regioni, invece, resta "la potestà legislativa in materia di (...) di

programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali".

C'è infine anche una cosiddetta clausola di "supremazia", per la quale lo Stato può intervenire in materie non riservate alla legislazione esclusiva qualora "lo richieda la tutela dell'unità giuridica o economica della Repubblica, ovvero la tutela dell'interesse nazionale".

■ [Vargiu \(Sc\): "Fare di più su sanità e Titolo V"](#)

■ [Il testo del Ddl di riforma della Costituzione approvato dalla Camera](#)

## **Parlamento Ue. Approvata risoluzione su diritto all'aborto e alla contraccezione. Ma le politiche in materia restano nazionali**

*Con 441 voti favorevoli, 205 contrari e 52 astenuti il Parlamento Ue ha approvato la risoluzione sulle azioni da intraprendere per raggiungere la parità tra uomini e donne. "Le donne devono avere il controllo dei loro diritti sessuali e riproduttivi, compreso il pronto accesso alla contraccezione e all'aborto" anche se per queste materie la competenza rimane in mano agli Stati membri. Il Ppe si spacca, la metà vota no. [IL TESTO APPROVATO](#)*

"Le politiche devono cambiare per raggiungere la parità tra donne e uomini". Questo il messaggio con cui il Parlamento Ue ha approvato (441 voti favorevoli, 205 contrari e 52 astensioni) oggi una risoluzione 'Tarabella' sulle azioni da intraprendere per la parità di genere.

Il Parlamento ha rilevato che "nonostante i progressi su alcune questioni di disuguaglianza di genere, molto resta da fare per ridurre i differenziali retributivi, rimuovere gli ostacoli alla carriera delle donne, rimediare alla loro mancanza di indipendenza economica, migliorare il loro equilibrio lavoro/vita, tra cui il congedo parentale, e proteggere i loro diritti e l'accesso alla contraccezione e all'aborto".

"Le donne e gli uomini non sono e mai saranno identici, ma è nell'interesse di tutti che godano degli stessi diritti. Il verdetto non è di certo eclatante: il cambiamento è troppo lento e diritti delle donne ne soffrono. Tuttavia, la maggioranza dei voti dimostra che il Parlamento europeo si batte per la parità salariale, la violenza sulle donne, il congedo di maternità e il diritto all'aborto", ha dichiarato il relatore **Marc Tarabella** (S&D, BE) al termine della votazione.

**La [risoluzione](#) valuta la situazione nel 2013 e mette in evidenza le seguenti sfide fondamentali:**

- il divario nei salari e nelle pensioni, la posizione delle donne nel processo decisionale politico ed economico e l'impatto della crisi economica sulle donne (povertà);
- il miglioramento dell'equilibrio lavoro/vita, dei sistemi di assistenza all'infanzia, del congedo di maternità e di paternità;
- il diritto alla salute sessuale e riproduttiva, compresi la contraccezione e l'aborto, e
- la lotta contro la violenza sulle donne.

Includere l'uguaglianza di genere e i diritti delle donne nell'elaborazione delle

politiche e delle procedure di bilancio

### **I deputati esortano gli Stati membri dell'UE a:**

- applicare la direttiva relativa all'attuazione del principio della parità di trattamento e di pari opportunità di uomini e donne in materia di occupazione e impiego;
- sbloccare i progetti di legge sulle quote femminili nei consigli di amministrazione e promuovere le politiche educative che incoraggiano le donne a scegliere carriere nel campo della scienza e nella tecnologia dell'informazione e delle telecomunicazioni (TIC), e
- affrontare le problematiche delle donne che lavorano a tempo parziale, del lavoro sotto-retribuito e precario e garantire che siano assicurate cure di qualità ai bambini e alle persone non autosufficienti.

### **Condivisione delle responsabilità familiari, congedo di paternità retribuito**

Evidenziando che una maggiore flessibilità nell'organizzazione del lavoro può aumentare le opportunità per le donne di partecipare attivamente al mercato del lavoro ma, al contempo, può avere un impatto negativo sulle retribuzioni, i deputati “invitano gli uomini e le donne a condividere le responsabilità familiari, sottolineando che ai padri dovrebbe essere garantito un congedo di paternità retribuito di almeno 10 giorni. Sollecitano il Consiglio dei ministri a porre fine alla situazione di stallo sul progetto di direttiva relativa al congedo di maternità, bloccato dal 2010”.

Per contribuire a migliorare l'equilibrio lavoro/vita, i deputati chiedono anche alla Commissione europea di “offrire agli Stati membri più sostegno finanziario per i sistemi di custodia dei bambini a prezzi accessibili. Rilevano inoltre che la stessa Commissione riferisce che i costi per l'infanzia sono la ragione principale citata dalle madri per non tornare al lavoro o per scegliere un lavoro a tempo parziale”.

**Diritti alla salute sessuale e riproduttiva.** I deputati ribadiscono che le donne devono avere il controllo dei loro diritti sessuali e riproduttivi, compreso avere pronto accesso alla contraccezione e all'aborto. Sulla questione approvato però un emendamento che afferma come le competenze in materia debbano rimanere agli Stati membri.

## **Ospedali. In tre anni “rubati” farmaci per un valore di 22 milioni di euro. Il Rapporto Transcrime**

*Il dato registrato nel periodo dal 2011 a maggio 2014. In totale 110 casi di furto, 37 solo nei primi cinque mesi del 2014. Il fenomeno riguarda in media un ospedale su 10 e comporta una perdita di 250 mila euro a furto. I più rubati sono gli oncologici. Le Regioni più colpite la Campania e la Puglia. “Evidente il coinvolgimento delle associazioni criminali”. [IL RAPPORTO](#)*

"Negli ultimi anni il furto di farmaci dagli ospedali italiani è emerso come un fenomeno criminale in piena espansione. Questo problema rappresenta una grave minaccia per la salute delle persone, il bilancio nazionale, i ricavi delle imprese e la concorrenza legale. Tuttavia, gli studi riguardanti il furto di farmaci mancano, come

la maggior parte della ricerca si concentra solo sulla contraffazione dei medicinali". È per queste ragioni che Transcrime, il Centro interuniversitario di ricerca sulla criminalità transnazionale dell'Università Cattolica di Milano e dell'Università degli studi di Trento, ha stilato il report "The Theft of Medicines from Italian Hospitals". La ricerca si basa su dati relativi furti di farmaci recuperati da articoli di giornale online e altri resoconti dei media dal 2006 al maggio 2014.

Nel periodo analizzato, i media hanno riferito di 110 casi di furti di medicinali provenienti da ospedali italiani (37 solo negli ultimi cinque mesi considerati), in media, quasi un ospedale su 10. Il 44% dei furti è accaduto durante i mesi invernali. In totale la perdita economica complessiva è stata di oltre 22 milioni di Euro.

“Una cifra – si legge nello studio – che è probabilmente sottostimata a causa della sottostima dei furti su piccola scala, e la propensione dei manager per affrontare reati internamente per evitare danni reputazionali”. In media, ogni furto ha prodotto una perdita di circa 250 mila euro, anche se “questo valore può essere sopravvalutato perché i media sono propensi a concentrarsi più sui furti di medicinali che comportano una perdita economica significativa”.

**I farmaci più rubati. In testa gli oncologici.** I farmaci oncologici sono risultati in 52 casi come il tipo più attraente per i criminali. A seguire troviamo gli immunosoppressivi, antireumatico e farmaci biologici. Tutti farmaci che come rileva l'indagine “sono quelli ad alto prezzo, che possono produrre più alto gli utili quando sono venduti sul mercato illegale o reinseriti nel mercato legale”. La maggior parte dei furti per cui i tipi di farmaci sono stati segnalati rubati coinvolgono farmaci di classe H. “Queste evidenze – ipotizza il report - suggeriscono i farmaci di classe H rubati possono essere rivenduti a fornitori legali, ospedali o cliniche, in Italia o all'estero dopo essere stati 'riciclati' da grossisti fittizi.

**Le Regioni più colpite. Campania e Puglia al vertice.** I furti di farmaci si sono verificati in tutta l'intero paese, ma Campania e Puglia sono le regioni di maggior preoccupazione, dove si sono verificati il 45% dei casi.

Dall'indagine emerge che le regioni orientali e meridionali sono le aree italiane più esposte. Una prima ragione “è perché sono vicino a possibili mete di farmaci rubati (Europa dell'Est e Grecia)”. Un altro motivo è “probabilmente a causa della presenza della criminalità organizzata” che “sembra avere la conoscenze necessarie per identificare, rubare, negozio, trasporto e posto su farmaci i mercati illegali. Alcuni ospedali hanno subito più di un evento come il Federico II di Napoli che ha subito cinque furti tra il 2006 e il 2013. Da notare come più di un furto su quattro (28%) ha visto coinvolto il personale.

**Il caso Herceptin.** Un'indagine dei Carabinieri del Nas e AIFA ha scoperto come il farmaco anti-cancro (Herceptin) e altri farmaci rubati in Italia venivano venduti a fornitori giuridiche, tra cui farmacie, in diversi Stati membri dell'UE (Regno Unito, Germania, Paesi Bassi, Spagna e Portogallo). Le prove hanno dimostrato il coinvolgimento di gruppi criminali organizzati (inclusi anche la camorra) e grossisti registrati in Italia, che utilizzavano paesi come Lettonia, Slovacchia, Ungheria, Slovenia e Romania per il "riciclaggio" dei farmaci rubati.

**Le ragioni dei furti.** Una varietà di fattori determina la domanda per i farmaci rubati. “Da un lato una quota della domanda proviene da individui che sono disposti a comprare farmaci a un prezzo inferiore o farmaci non rimborsati dal Ssn Italiano. Un'altra possibile destinazione è il riutilizzare sul mercato illegale. Questo è il caso per la sintesi di droghe illegali o doping. I medicinali rubati possono anche rientrare nel commercio legale attraverso il commercio all'ingrosso di aziende fittizi o intermediari corrotti, e che può essere venduto ai paesi ad alto prezzo o la riesportazione verso ospedali italiani e farmacie. Ciò è possibile a causa di lacune sistemi di tracciabilità e l'alto la liberalizzazione del farmaco mercato”.

■ [Report Transcrime su farmaci rubati](#)

## SOLE 24 ORE SANITA'.IT

### **RESPONSABILITÀ MEDICA/ Colpa, così parlò la Cassazione** *Massimario delle principali sentenze emesse nel 2014* **I supremi giudici ridisegnano la colpevolezza secondo la legge Balduzzi**

Puntuale come ogni anno, arriva il massimario delle sezioni civili e penali della Cassazione, sotto la direzione della magistrale opera di sintesi del presidente di sezione della Cassazione, **Giuseppe Maria Berruti**.

Il focus riguarda le pronunce più importanti in tema di responsabilità medica, e, in particolare: l'interpretazione della legge Balduzzi e il conseguente tema della qualificazione - contrattuale ovvero extracontrattuale - della responsabilità civile con i suoi importanti risvolti in tema di prescrizione dell'azione e onere della prova e, gli ormai usuali temi del consenso informato, della ripartizione dell'onere della prova, oltre alla puntualizzazione della ripartizione della responsabilità all'interno dei reparti ospedalieri con particolare attenzione al tema della responsabilità del primario.

**Interpretazione della legge Balduzzi.** A seguito dell'entrata in vigore del decreto legge 158/2012, convertito in legge 189/2012, le attenzioni della giurisprudenza di merito si sono concentrate sulla natura contrattuale o extracontrattuale della responsabilità con pronunce decisamente discordi.

**Colpa lieve.** La posizione della Cassazione è sintetizzata nella **sentenza n. 8940**, ove si chiarisce che la legge di conversione - nella parte in cui prevede che «l' esercente la professione sanitaria, il quale nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve», fermo restando, in tali casi, «l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile» - non esprime alcuna opzione da parte del legislatore per la

configurazione della responsabilità civile del sanitario come responsabilità necessariamente extracontrattuale, ma intende solo escludere, in tale ambito, l'irrelevanza della colpa lieve. In particolare, la menzionata disposizione, quando dice che resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile, dev'essere interpretata, conforme al principio per cui in «lege aquilia et levissima culpa venit», nel senso che il legislatore si è soltanto preoccupato di escludere l'irrelevanza della colpa lieve anche in ambito di responsabilità extracontrattuale civilistica. Deve, viceversa, escludersi che con detto inciso il legislatore abbia inteso esprimere un'opzione a favore di una qualificazione della responsabilità medica necessariamente come responsabilità extracontrattuale.

In precedenza la Cassazione, n. 4030 del 2013, aveva affermato, senza però fornire indicazioni interpretative del secondo inciso dell'articolo 3, comma 1, che la materia della responsabilità civile segue le sue regole consolidate anche per la cosiddetta responsabilità contrattuale del medico e della struttura sanitaria, da contratto sociale. Peraltro, trovandoci al cospetto di una decisione di inammissibilità ai sensi dell'articolo 360-bis, primo comma, del codice di procedura civile, la pur articolata dissertazione assume la valenza di mero obiter dictum e, come tale, non ha la portata di precedente.

**Medico sempre «garante» della salute del paziente.** Il medico è sempre titolare di una posizione di garanzia verso il paziente, anche quando si trovi a prestare assistenza volontariamente o a titolo gratuito. In tal senso la **Cassazione**, sezione 3, **n. 18230**, ha chiarito che «colui il quale assume volontariamente un obbligo, ovvero inizia volontariamente l'esecuzione di una prestazione, ha il dovere di adempiere il primo o di eseguire la seconda con la correttezza e la diligenza prescritte dagli articoli 1175 e 1176 del codice civile, a nulla rilevando che la prestazione sia eseguita volontariamente e a titolo gratuito». Sul piano processuale, merita di essere segnalata sezione 3, **n. 8413**, a tenore della quale, nel processo a pluralità di parti - avviato da un paziente per far valere la responsabilità solidale di una casa di cura e del sanitario operante - non ricorre un'ipotesi di litisconsorzio necessario passivo, in quanto l'attore, avendo diritto di pretendere da ciascun condebitore il pagamento dell'intera somma dovuta a titolo di risarcimento dei danni subiti, instaura nei loro confronti cause scindibili. Per questo, in applicazione dei principi vevoli per l'obbligazione solidale passiva, la notifica della sentenza, che sia stata eseguita a istanza della parte attrice nei confronti di uno solo dei convenuti, segna esclusivamente nei riguardi dello stesso l'inizio del termine breve ex articolo 325 del codice di procedura civile. La questione, per quanto la soluzione qui riportata appaia condivisibile, probabilmente verrà in futuro portata, ai sensi dell'articolo 374, comma 2, del codice di procedura civile, all'attenzione delle sezioni Unite, in quanto, a fronte di pronunce conformi (**239/2008**), vi sono anche decisioni di segno contrario (**676/2012**, Rv. 621390). L'unicità della responsabilità solidale civile si presume anche quando l'evento si è determinato per il concatenarsi di una serie di eventi od omissioni imputabili a soggetti diversi.

La **Cassazione**, sezione 3, **n. 20192**, ha posto in rilievo che l'unicità del fatto dannoso richiesta dall'articolo 2055 del codice civile ai fini della configurabilità della responsabilità solidale degli autori dell'illecito va intesa in senso non assoluto, ma relativo, sicché ricorre tale responsabilità pur se il fatto dannoso sia derivato da più azioni od omissioni - dolose o colpose - costituenti fatti illeciti distinti, e anche diversi, sempre che le singole azioni od omissioni, legate da un vincolo di interdipendenza, abbiano concorso in maniera efficiente alla produzione dell'intero danno.

**Focus sulla posizione del primario.** Come la struttura è responsabile per il coordinamento e gli strumenti che mette a disposizione del medico e del paziente, il primario ha un'autonoma responsabilità derivante dal suo obbligo di coordinamento.

A definirne la responsabilità la **Cassazione**, sezione 3, **n. 22338**, nel condividere l'orientamento espresso nel precedente sezione 3, **24144/2010**, ha affermato che questi deve adempiere a tutti gli obblighi normativamente previsti dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128 (nella specie, applicabile *ratione temporis*), tra i quali spicca quello di informazione sulle condizioni dei malati e di predisposizione di adeguate istruzioni al personale al fine di fronteggiare e gestire correttamente le emergenze. Resta infatti a suo carico, in caso di omissione, il danno derivato da una situazione di inadeguatezza della struttura sanitaria da egli stesso diretta e, nel caso si renda conto che il paziente non sia curabile per difetto di attrezzature, ometta di attivarsi per tentare di disporre il trasferimento in altra struttura più idonea.

**Danno da mancata attivazione della terapia del dolore e da accorciamento della vita.** Importante, l'affermazione contenuta in **Cassazione**, sezione 3, **n. 11522**, che, ponendosi nel solco di sezione 3, **23846/2008**, ha affermato l'esistenza di un danno da mancata attivazione della terapia del dolore.

L'omessa diagnosi di un processo morboso terminale, determinando un ritardo della possibilità di eseguire un intervento cosiddetto palliativo, cagiona al paziente un danno alla persona per il fatto che, nelle more, egli ha dovuto sopportare le sofferenze conseguenti a tale processo morboso e particolarmente il dolore, che la tempestiva esecuzione dell'intervento palliativo avrebbe potuto, sia pure senza effetto risolutivo sul piano della patologia, alleviare.

Sulla stessa lunghezza d'onda la **Cassazione**, sezione 3, **n. 7195**, che ha addebitato a un medico l'errata esecuzione di un intervento chirurgico praticabile per rallentare l'esito certamente infausto di una malattia, che aveva comportato la perdita per il paziente della chance di vivere per un periodo di tempo più lungo rispetto a quel o poi effettivamente vissuto. In tale eventualità, le possibilità di sopravvivenza, misurate in astratto secondo criteri percentuali, rilevano ai fini della liquidazione equitativa del danno, che dovrà altresì tenere conto dello scarto temporale tra la durata della sopravvivenza effettiva e di quella possibile, se intervento fosse stato

eseguito correttamente.

**Danno su paziente grave.** Parimenti la pronuncia, sezione 3, **n. 6341** ha chiarito che, allorché un paziente, già affetto da una situazione di compromissione dell'integrità fisica, sia sottoposto a un intervento che, per la sua cattiva esecuzione, determini un esito di compromissione ulteriore rispetto alla percentuale che sarebbe comunque residua, anche in caso di ottimale esecuzione dell'intervento stesso, ai fini della liquidazione del danno con il sistema tabellare, deve assumersi come percentuale di invalidità quella effettivamente risultante, alla quale va sottratto quanto monetariamente indicato in tabella per la percentuale di invalidità comunque ineliminabile, e perciò non riconducibile alla responsabilità del sanitario.

**Onere della prova.** Sul tema della ripartizione dell'onere della prova non vi sono sostanziali novità. La **Cassazione**, sezione 3, **n. 20547**, ha ribadito l'orientamento secondo cui il danneggiato ha l'onere di provare l'esistenza del contratto (o il contratto sociale) e l'insorgenza (o l'aggravamento) della patologia e di allegare l'inadempimento qualificato del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, mentre a carico del medico e/o della struttura sanitaria grava la dimostrazione che tale inadempimento non sia verificato, ovvero che esso non sia stato causa del danno. L'eventuale situazione di incertezza o di stallo probatorio che residui, all'esito del giudizio, in ordine all'esistenza del nesso causale fra condotta del medico e danno è destinata a ricadere sul debitore. In tale prospettiva, la Corte ha cassato la sentenza di merito che aveva rigettato la domanda risarcitoria avanzata dai familiari di una paziente deceduta, escludendo il nesso di causalità in quanto la consulenza tecnica d'ufficio aveva assegnato un identico grado di possibilità alle due cause di morte tecnicamente ipotizzabili, una sola delle quali attribuibile alla condotta del sanitario.

In tema di valutazione della prova in materia risarcitoria, ha affermato il giudice, **Cassazione**, sezione 3, **n. 22225**, ha rilevato che correttamente il giudice può non tener conto delle risultanze della consulenza tecnica d'ufficio disposta nel corso del giudizio - che, pure, di norma presenta in tale ambito natura "percipiente" -, allorché questa, chiamata a pronunciarsi sull'efficienza causale della condotta della struttura sanitaria rispetto all'evento dannoso, formuli una valutazione in termini di «meno probabile che non», posto che, per ricondurre sul piano eziologico l'evento al soggetto ritenuto responsabile in termini di certezza probabilistica, è necessaria una valutazione opposta, ossia formulata in termini di «più probabile che non».

La Corte, poi, con sentenza della sezione 3, **n. 15490**, ha affermato che il paziente ha il solo onere di dedurre «qualificate inadempienze», in tesi idonee a porsi come causa o concausa del danno, restando poi a carico del debitore convenuto l'onere di dimostrare o che nessun rimprovero di scarsa diligenza o di imperizia possa essergli mosso, o che, pur essendovi stato un suo inesatto adempimento, questo non abbia avuto alcuna incidenza causale sulla produzione del danno.

**Inadempienza qualificata.** Sottolineano l'onere di allegare l'inadempimento qualificato del medico o della struttura sanitaria le sentenze della sezione 3, **n. 21025** e **n. 20547**, la quale ha inoltre ribadito che, qualora, all'esito del giudizio, permanga incertezza sull'esistenza del nesso causale fra condotta del medico e danno, questa ricade sul debitore. Tale ultima pronuncia si segnala per essersi posta in consapevole contrasto con sezione 3, **n. 4792 del 2013**, per la quale, se, all'esito del giudizio, permanga incertezza sull'esistenza del nesso causale tra condotta del medico e danno, tale incertezza ricade sul paziente e non sul medico.

Da ultimo, sezione 3, **n. 22222**, ha precisato che la distinzione fra prestazione di facile esecuzione e prestazione implicante la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà non vale come criterio di ripartizione dell'onere della prova, ma rileva soltanto ai fini della valutazione del grado di diligenza e del corrispondente grado di colpa, restando comunque a carico del sanitario la prova della particolare difficoltà della prestazione.

**Il risarcimento del danno.** Infine, una puntuale ricognizione della portata dei poteri valutativi spettanti al giudice del rinvio in relazione alle risultanze istruttorie acquisite nelle precedenti fasi di merito - con particolare riferimento alla valutazione circa il raggiungimento della prova dell'assenza di colpa, incombente sulla struttura sanitaria, nel caso di danni subiti da un nascituro in conseguenza dell'omessa esecuzione di un parto cesareo - è stata operata da Cassazione, sezione 3, **n. 13358**. La sentenza ha infatti escluso che il giudice del rinvio possa trarre indicazioni al riguardo dalla stessa sentenza di annullamento pronunciata dalla Corte, attesi i limiti istituzionali propri del sindacato di legittimità, che escludono ogni potere di valutazione delle prove.

**Liquidazione del danno.** Di estremo interesse è un ulteriore arresto giurisprudenziale, Cassazione, sezione 3, **n. 6341**, che ha delineato le specifiche modalità di applicazione del sistema tabellare nella liquidazione del danno in caso di lesione dell'integrità fisica conseguente alla cattiva esecuzione di un intervento medico nei confronti di paziente già affetto da una situazione di compromissione dell'integrità fisica. La Corte ha, al riguardo, affermato che, qualora dalla cattiva esecuzione dell'intervento derivi una compromissione ulteriore rispetto alla percentuale che sarebbe comunque residua anche in caso di ottimale esecuzione dell'intervento stesso, la liquidazione del danno con il sistema tabellare va determinata muovendo dalla percentuale di invalidità effettivamente risultante - alla quale va sottratto quanto indicato in tabella in termini monetari per la percentuale di invalidità comunque ineliminabile - e, perciò, non riconducibile alla responsabilità del sanitario. In applicazione di tale principio, ha argomentato la Corte che, la condotta dei responsabili aveva cagionato un danno-evento rappresentato non dalla perdita dell'integrità fisica da zero al 5%, bensì dal 5% al 10%, onde, nella liquidazione del danno secondo il sistema tabellare, il riferimento al valore equivalente a un'invalidità del 5% si sarebbe tradotto nel considerare un danno-evento diverso da quello effettivamente cagionato. L'equivalente da considerare era, dunque, quello che, secondo le tabelle applicate, rappresentava la differenza fra il

valore dell'invalidità del 10% e quello del 5%.

**Consenso informato e onere d'informazione.** Il tema della portata dell'obbligo informativo continua a farla da padrone. Nel corso dell'anno si sono evidenziate pronunce che ponevano sul medico responsabilità diverse nel caso in cui il sanitario si trovasse di fronte a un intervento urgente e/o ineliminabile, piuttosto che a un intervento voluttuario e/o non fondamentale

In particolare la Cassazione, sezione 3, **n. 12830**, ha precisato che, quando a un intervento di chirurgia estetica segua un inestetismo più grave di quello che si mirava a eliminare o attenuare, la responsabilità del medico per il danno derivatone è conseguente all'accertamento che il paziente non sia stato adeguatamente informato di tale possibile esito, ancorché l'intervento risulti correttamente eseguito. Infatti, con la chirurgia estetica il paziente insegue un risultato non declinabile in termini di tutela della salute, ciò che fa presumere come il consenso all'intervento non sarebbe stato prestato se egli fosse stato compiutamente informato dei relativi rischi, senza che sia necessario accertare quali sarebbero state le sue concrete determinazioni in presenza della dovuta informazione.

La Cassazione, sezione 3, **n. 19731**, ha poi precisato che lo stesso va acquisito anche qualora la probabilità di verifica dell'evento sia così scarsa da essere prossima al fortuito o, al contrario, sia così alta da renderne certo il suo accadimento, poiché la valutazione dei rischi appartiene al solo titolare del diritto esposto e il professionista o la struttura sanitaria non possono ometterle in base a un mero calcolo statistico.

Mentre la Cassazione, sezione 3, **n. 20547**, ha ribadito che la violazione da parte del medico del dovere di informare il paziente può causare due diversi tipi di danni. Un danno alla salute - sussistente quando sia ragionevole ritenere che il paziente, se correttamente informato, avrebbe evitato di sottoporsi all'intervento e di subirne le conseguenze invalidanti -, nonché un danno da lesione del diritto di autodeterminazione in se stesso, il quale sussiste quando, a causa del deficit informativo, il paziente abbia subito un pregiudizio (patrimoniale o non) diverso dalla lesione del diritto alla salute.

In merito all'importanza del consenso informato, quale elemento strutturale dei contratti di protezione che si concludono nel settore sanitario, in cui gli interessi da realizzare attengono alla sfera della salute in senso ampio, la Cassazione, sezione 3, **n. 19731**, ha chiarito che va acquisito indipendentemente dal grado di probabilità di verifica dell'evento e, in particolare, anche quando tale probabilità sia talmente esigua da essere prossima al fortuito o, all'opposto, risulti talmente elevata da confinare con la certezza, poiché la valutazione dei rischi appartiene al solo titolare del diritto esposto e il professionista o la struttura sanitaria non possono ometterla in base a un mero calcolo statistico.

## **EMOINDENNIZZI** **Rassegna delle massime di** **Cassazione a cura della redazione Lex**

nResponsabilità civile - Danni da lesioni da emotrasfusione non sicura - Responsabilità di natura extracontrattuale del ministero della Salute per i danni conseguenti a infezioni con i virus Hbv, Hiv e Hcv - Termine di prescrizione a cui è soggetto il diritto al risarcimento del danno.

La responsabilità del ministero della Salute per i danni conseguenti a infezioni con i virus Hbv (epatite B), Hiv (Aids) e Hcv (epatite C) contratte da soggetti emotrasfusi è di natura extracontrattuale (per la carenza di un vero e proprio contatto sociale con esso, avutosi, a tutto concedere con le singole strutture con cui è venuto a contatto la vittima al momento delle trasfusioni infette), né sono ipotizzabili, al riguardo, figure di reato tali da innalzare i termini di prescrizione; ne consegue che il diritto al risarcimento del danno da parte di chi assume di aver contratto tali patologie per fatto doloso o colposo di un terzo è soggetto al termine di prescrizione quinquennale che decorre, a norma degli articoli 2935 e 2947, primo comma, del codice civile, non dal giorno in cui il terzo determina la modificazione causativa del danno o dal momento in cui tale malattia si manifesta all'esterno, bensì da quello in cui tale malattia viene percepita o può essere percepita, quale danno ingiusto conseguente al comportamento del terzo, usando l'ordinaria diligenza e tenendo conto della diffusione delle conoscenze scientifiche.

*Corte di cassazione, sezione VI - 3,*

*sentenza n. 22298 del 21 ottobre 2014*

nResponsabilità civile - Danni da lesioni da emotrasfusione non sicura - Richiesta di indennizzo ex lege 210/1992 - Procedura transattiva prevista dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, di conversione del Dl 159/2007 e dalla legge 24 dicembre 2007, n. 244 per il componimento dei giudizi risarcitori.

La procedura transattiva prevista dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, di conversione del Dl 159/2007 e dalla legge 24 dicembre 2007, n. 244 per il componimento dei giudizi risarcitori per effetto di trasfusioni con sangue infetto (pur lasciando libera la Pa di valutare se pervenire alla transazione) denota un sostanziale trend legislativo di definizione stragiudiziale del contenzioso (da ultimo confermato dal Dm 4 maggio 2012, pubblicato in Gazzetta Ufficiale del 13 luglio 2012).

*Corte di cassazione, sezione VI - 3,*

*sentenza n. 22298 del 21 ottobre 2014*

nAssistenza e beneficenza pubblica - Prestazioni assistenziali - In genere - Indennizzo - Danni da emotrasfusione - Presupposto - Indicazione specifica della trasfusione o

somministrazione di emoderivati causa del danno - Necessità - Fondamento.

In tema di danni da emotrasfusione, la domanda amministrativa diretta a ottenere l'indennizzo ai sensi della legge 25 febbraio 1992, n. 210, deve indicare specificamente la trasfusione alla quale si riferiscono le conseguenze dannose per le quali la prestazione assistenziale è chiesta, rispondendo tale indicazione all'esigenza di consentire alla commissione medico ospedaliera di esprimere, ai sensi dell'articolo 4, comma 3, della stessa legge, il proprio parere sul nesso casuale tra le infermità (o le lesioni) e la trasfusione (o la somministrazione di emoderivati).

*Corte di cassazione, sezione L,*

*sentenza n. 14617 del 27 giugno 2014*

nResponsabilità civile - Amministrazione pubblica - In genere - Trasfusione di sangue e somministrazione di emoderivati infetti - Contagio avvenuto tra il 1979 e il 1989 - Presunzione di responsabilità del ministero della Salute - Configurabilità - Ragioni - Prova contraria spettante all'amministrazione - Sussistenza.

In tema di patologie conseguenti a infezioni con i virus Hbv (epatite B), Hiv (Aids) e Hcv (epatite C) contratti a causa di assunzione di emotrasfusioni o di emoderivati con sangue infetto, per l'unicità dell'evento lesivo consistente nella lesione dell'integrità fisica, vi è la presunzione di responsabilità del ministero della Salute per il contagio verificatosi negli anni tra il 1979 e il 1989, stante l'avvenuta scoperta scientifica della prevedibilità delle relative infezioni, individuabile nel 1978, con il conseguente obbligo di controllo e di vigilanza in materia di raccolta e distribuzione di sangue umano per uso terapeutico, presunzione che può essere vinta solo se viene fornita dallo stesso ministero la prova dell'adozione di condotte e misure necessarie per evitare la contagiosità, a prescindere dalla conoscenza di strumenti di prevenzione specifica.

*Corte di cassazione, sezione 3,*

*sentenza n. 5954 del 14 marzo 2014*

nPrescrizione civile - Decorrenza - Responsabilità del ministero della Salute per contagio con virus Hbv, Hiv e Hcv in conseguenza di emotrasfusioni o assunzione di emoderivati con sangue infetto - Diritto al risarcimento del danno - Prescrizione quinquennale - Decorrenza - Momento in cui la malattia è percepibile come danno ingiusto conseguente a comportamento di un terzo - Criteri - Data della domanda amministrativa - Rilevanza - Fondamento.

La responsabilità del ministero della Salute per i danni conseguenti a infezioni da virus Hbv, Hiv e Hcv contratte da soggetti emotrasfusi è di natura extracontrattuale, né sono ipotizzabili, al riguardo, figure di reato tali da innalzare i termini di

prescrizione (epidemia colposa o lesioni colpose plurime); ne consegue che il diritto al risarcimento del danno da parte di chi assume di aver contratto tali patologie per fatto doloso o colposo di un terzo è soggetto al termine di prescrizione quinquennale che decorre, a norma degli articoli 2935 e 2947, primo comma, del codice civile, non dal giorno in cui il terzo determina la modificazione causativa del danno o dal momento in cui la malattia si manifesta all'esterno, bensì da quello in cui tale malattia viene percepita o può essere percepita, quale danno ingiusto conseguente al comportamento del terzo, usando l'ordinaria diligenza e tenendo conto della diffusione delle conoscenze scientifiche, da ritenersi coincidente non con la comunicazione del responso della Commissione medica ospedaliera di cui all'articolo 4 della legge 25 febbraio 1992, n. 210, ma con la proposizione della relativa domanda amministrativa, che attesta l'esistenza, in capo all'interessato, di una sufficiente e adeguata percezione della malattia.

*Corte di cassazione, sezione 3,*

*sentenza n. 28464 del 19 dicembre 2013*

nPrescrizione civile - Termine - Prescrizioni brevi - Risarcimento del danno - Fatto dannoso costituente reato - Coincidenza con il termine prescrizionale previsto dalla legge penale - Estensione della disciplina a tutti i legittimati passivi - Sussistenza - Estraneità dei legittimati passivi al giudizio penale a carico del reo - Irrilevanza.

In tema di prescrizione del diritto al risarcimento del danno derivante da fatto illecito, la previsione dell'articolo 2947 del codice civile (secondo il quale, se il fatto è previsto dalla legge come reato, e per il reato stesso è prevista una prescrizione più lunga, questa si applica anche all'azione civile) si riferisce, senza alcuna discriminazione, a tutti i possibili soggetti passivi della pretesa risarcitoria, e si applica, pertanto, non solo all'azione civile esperibile contro la persona penalmente imputabile, ma anche all'azione civile diretta contro coloro che siano tenuti al risarcimento a titolo di responsabilità indiretta. (Principio enunciato con riferimento alla responsabilità del ministero della Salute - e per esso dei suoi funzionari - per non avere adottato gli accorgimenti utili a scongiurare i danni da emotrasfusione, effettuando determinati trattamenti e analisi del sangue acquisito a tale scopo).

*Corte di cassazione, sezione 3,*

*sentenza n. 28464 del 19 dicembre 2013*

nResponsabilità civile - Amministrazione pubblica - In genere - Trasfusioni di sangue e somministrazione di emoderivati infetti - Contagio - Successiva individuazione in sede scientifica dei virus Hbv, Hiv e Hcv e messa a punto dei relativi test - Responsabilità del ministero della Salute - Configurabilità - Limite temporale - Fattispecie relativa a trasfusioni praticate nell'anno 1973.

In tema di patologie conseguenti a infezione con i virus Hbv (epatite B), Hiv (Aids) e Hcv (epatite C) contratti a causa di assunzione di emotrasfusioni o di emoderivati con sangue infetto, non sussistono tre eventi lesivi, bensì un unico evento lesivo, cioè la lesione dell'integrità fisica in conseguenza dell'assunzione di sangue infetto; ne consegue che già a partire dalla data di conoscenza del rischio del contagio dell'epatite B, comunque risalente a epoca precedente all'anno 1978 in cui quel virus fu definitivamente identificato in sede scientifica, sussiste la responsabilità del ministero della Salute, che era tenuto a vigilare sulla sicurezza del sangue e ad adottare le misure necessarie per evitare i rischi per la salute umana, anche per il contagio degli altri due virus, che non costituiscono eventi autonomi e diversi, ma solo forme di manifestazioni patologiche dello stesso evento lesivo. (Nella specie, la Sc ha cassato la sentenza impugnata che aveva escluso la responsabilità del ministero della Salute per i danni provocati dal contagio dell'epatite C in occasione di trasfusioni di sangue infetto eseguite nell'anno 1973).

*Corte di cassazione, sezione 3,*

*sentenza n. 17685 del 29 agosto 2011*

nIgiene e sanità pubblica - Malattie infettive e sociali (misure di profilassi e igiene) - In genere - Contagio da virus Hbv, Hiv, Hcv per emotrasfusioni o assunzione di emoderivati - Verificazione del contagio prima che la scienza medica accertasse ufficialmente l'esistenza dei virus Hiv e Hcv ma dopo la data di conoscenza del virus da epatite B - Unicità del processo causale che genera le malattie - Responsabilità del ministero della Salute - Ammissibilità - Criteri.

In tema di patologie conseguenti a infezione con i virus Hbv (epatite B), Hiv (Aids) e Hcv (epatite C) contratti a causa di assunzione di emotrasfusioni o di emoderivati con sangue infetto, non sussistono tre eventi lesivi, bensì un unico evento lesivo, cioè la lesione dell'integrità fisica (essenzialmente del fegato) in conseguenza dell'assunzione di sangue infetto; ne consegue che già a partire dalla data di conoscenza dell'epatite B - la cui individuazione spetta all'esclusiva competenza del giudice di merito, costituendo un accertamento di fatto - sussiste la responsabilità del ministero della Salute, sia pure col limite dei danni prevedibili, anche per il contagio degli altri due virus, che non costituiscono eventi autonomi e diversi, ma solo forme di manifestazioni patologiche dello stesso evento lesivo.

*Corte di cassazione, sezione U,*

*sentenza n. 576 dell'11 gennaio 2008*

nResponsabilità civile - Causalità (nesso di) - Responsabilità del ministero della Salute, a titolo di omissione, per danni conseguenti a emotrasfusioni con sangue infetto - Patologia da virus Hiv, Hbv e Hcv - Principio della causalità adeguata di cui agli articoli 40 e 41 del codice penale - Applicabilità in sede civile - Criteri.

In tema di responsabilità civile aquiliana, il nesso causale è regolato dal principio di cui agli articoli 40 e 41 del codice penale, per il quale un evento è da considerare causato da un altro se il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo, nonché dal criterio della cosiddetta causalità adeguata, sulla base del quale, all'interno della serie causale, occorre dar rilievo solo a quegli eventi che non appaiano - a una valutazione "ex ante" - del tutto inverosimili, ferma restando, peraltro, la diversità del regime probatorio applicabile, in ragione dei differenti valori sottesi ai due processi: nel senso che, nell'accertamento del nesso causale in materia civile, vige la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", mentre nel processo penale vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio"; ne consegue che - sussistendo a carico del ministero della Sanità (oggi ministero della Salute), anche prima dell'entrata in vigore della legge 4 maggio 1990, n. 107, un obbligo di controllo e di vigilanza in materia di raccolta e distribuzione di sangue umano per uso terapeutico - il giudice, accertata l'omissione di tali attività con riferimento alle cognizioni scientifiche esistenti all'epoca di produzione del preparato, e accertata l'esistenza di una patologia da virus Hiv, Hbv o Hcv in soggetto emotrasfuso o assunto di emoderivati, può ritenere, in assenza di altri fattori alternativi, che tale omissione sia stata causa dell'insorgenza della malattia e che, per converso, la condotta doverosa del ministero, se fosse stata tenuta, avrebbe impedito il verificarsi dell'evento.

*Corte di cassazione, sezione U,*

*sentenza n. 576 dell'11 gennaio 2008*

nResponsabilità civile - Attività pericolosa - In genere - Trasfusione di sangue e di emoderivati per uso terapeutico - Attività di controllo e di vigilanza da parte del ministero della Salute - Pericolosità - Esclusione - Contagio da virus Hiv o da epatite in conseguenza di emotrasfusioni con sangue infetto - Responsabilità ministeriale secondo la clausola generale dell'articolo 2043 del codice civile - Sussistenza.

Pur essendo indubbio il connotato della pericolosità insito nella pratica terapeutica della trasfusione del sangue e dell'uso degli emoderivati, ciò non si traduce nella pericolosità anche della correlata attività di controllo e di vigilanza cui è tenuto il ministero della Salute; ne consegue che la responsabilità di quest'ultimo per i danni conseguenti a infezione da Hiv e da epatite, contratte da soggetti emotrasfusi per omessa vigilanza da parte dell'Amministrazione sulla sostanza ematica e sugli emoderivati, è inquadrabile nella violazione della clausola generale di cui all'articolo 2043 del codice civile e non in quella di cui all'articolo 2050 del codice civile.

*Corte di cassazione, sezione U,*

*sentenza n. 576 dell'11 gennaio 2008*

nPrescrizione civile - Decorrenza - Responsabilità del ministero della Salute per contagio con virus Hbv, Hiv e Hcv in conseguenza di emotrasfusioni o assunzione di emoderivati con sangue infetto - Diritto al risarcimento del danno - Prescrizione quinquennale - Esclusione di fattispecie di reato tali da innalzare il termine di prescrizione - Decorrenza dal momento in cui la malattia viene percepita o può essere percepita come danno ingiusto conseguente a comportamento di un terzo - Ordinaria diligenza - Diffusione delle conoscenze scientifiche - Data del responso della commissione di cui all'articolo 4 della legge 210/1992 - Esclusione - Data della domanda amministrativa - Rilevanza - Criteri.

La responsabilità del ministero della Salute per i danni conseguenti a infezioni da virus Hbv, Hiv e Hcv contratte da soggetti emotrasfusi è di natura extracontrattuale, né sono ipotizzabili, al riguardo, figure di reato tali da innalzare i termini di prescrizione (epidemia colposa o lesioni colpose plurime); ne consegue che il diritto al risarcimento del danno da parte di chi assume di aver contratto tali patologie per fatto doloso o colposo di un terzo è soggetto al termine di prescrizione quinquennale che decorre, a norma degli articoli 2935 e 2947, primo comma, del codice civile, non dal giorno in cui il terzo determina la modificazione causativa del danno o dal momento in cui la malattia si manifesta all'esterno, bensì da quello in cui tale malattia viene percepita o può essere percepita, quale danno ingiusto conseguente al comportamento del terzo, usando l'ordinaria diligenza e tenendo conto della diffusione delle conoscenze scientifiche (a tal fine coincidente non con la comunicazione del responso della Commissione medica ospedaliera di cui all'articolo 4 della legge 210/1992, bensì con la proposizione della relativa domanda amministrativa).

*Corte di cassazione, sezione U,*

*sentenza n. 576 dell'11 gennaio 2008*

Pubblichiamo la rassegna delle massime della Corte di Cassazione relative agli indennizzi per i danni derivanti da trasfusioni e/o somministrazione di emoderivati.

Le pronunce si riferiscono a casi di contagio attraverso sangue infetto, contaminato con i virus di epatite B, epatite C e Hiv. La responsabilità del ministero della Salute per i danni conseguiti da pazienti emotrasfusi è di natura extracontrattuale. Per questo per il risarcimento si applicano i termini di decorrenza della prescrizione quinquennale.

## **Formazione: rallenta il fabbisogno regionale di medici, odontoiatri e veterinari**

Mentre cresce la discussione sulle scuole di specializzazione medica, sia per gli esami di ammissione che sulla nuova normativa Ddl ex articolo 22 del Patto per la salute, si è in attesa che il ministero dell'Università definisca esattamente le date degli esami di ammissione per i corsi di laurea a ciclo unico, dopo l'annuncio che sarebbero comunque previste per la prima settimana di settembre.

Intanto il ministero della Salute e le Regioni hanno concluso la rilevazione dei fabbisogni formativi per i corsi di laurea a ciclo unico di Medicina e chirurgia, di Odontoiatria e di Veterinaria. Seguirà quindi la relativa ratifica da parte della Conferenza Stato-Regioni per la determinazione finale.

I dati verranno rapportati al potenziale formativo delle Università che è tuttora in fase di definizione per essere concluso dal Miur a fine marzo.

La richiesta delle Regioni è in generale minore rispetto allo scorso anno; sarebbe lievemente ridotta per Medicina e chirurgia, da 10.693 a 10.222 con 471 posti in meno (-4,4%), mentre è ancora più ridotta per Odontoiatria che passa da 844 a 700 con 144 in meno (-17%) e soprattutto per Veterinaria da 657 a 472, con 185 in meno (-28%).

Sul totale dei tre corsi di laurea, a determinare queste riduzioni sono in particolare le Regioni: Veneto da 910 del 2014-15 al 750 del 2015-16 (-18%), Lazio (-10%) da 1.590 a 1.435, Campania (-27%) da 1.600 a 1.170, Sicilia (-50%) da 1.130 a 570 e Sardegna (-13%) da 418 a 365. Tuttavia, queste riduzioni vengono però bilanciate dagli aumenti di Lombardia (+16%) e Puglia (+53%).

## DOCTOR 33. IT

### L'economista: razionalizzare la contribuzione per la sostenibilità delle casse

Dare alle casse previdenziali il ruolo di sponsor dei fondi pensione di categoria? La convenienza per il matrimonio "multi pilastro", ci sarebbe. La Finanziaria 2015 ha alzato le tasse dal 20 al 26% per le Casse come Enpam, e dall'11 al 20% per i fondi di previdenza complementare che gestiscono il Tfr, come Fondosantità. Per i castelletti accumulati dal contribuente, l'unico modo per sottrarsi all'incremento è essere investiti dove dice lo Stato (Bot & co). Per la quota destinata ai fondi pensione, il Tfr in azienda conviene sempre meno - l'aliquota è salita dall'11 al 17% - e l'opzione di averlo in busta paga fa a pugni con la speranza di una pensione dignitosa. **Nicola Salerno**, economista del centro studi Reforming, ricorda che le Casse previdenziali vorrebbero una tassazione agevolata all'11% come i Fondi pensione: ergo, perché non "inglobarli" o crearne di propri rendendosi operatori di un Welfare integrato in cui gli iscritti, dipendenti o liberi professionisti, versano sia al primo sia al secondo pilastro previdenziale? Cambierebbe intanto la proporzione di quanto si destina a previdenza: un po' meno di quota obbligatoria, un po' di più nel fondo pensione. Nel ragionamento, che facciamo partire dai liberi professionisti, Salerno pensa a un contributo obbligatorio del 15% del reddito lordo («basso, almeno inizialmente») che il medico o il dentista verserebbe all'Enpam quota B, pienamente deducibile. Per il Fondo pensione una fonte di finanziamento sarebbe il 7,41% degli emolumenti, per ricreare anche nel comparto delle libere professioni il ruolo che nel lavoro dipendente è svolto dagli accantonamenti al Tfr, esentati sia da imposizione che da contribuzione al primo pilastro. «Il sistema avrebbe vari vantaggi. Il trattamento fiscale delle casse per la parte di previdenza complementare sarebbe agevolato; si omogeneizzerebbe la

contribuzione, dall'Inps alle casse privatizzate e - dipendenti o liberi professionisti - tutti tendenzialmente verseremmo la stessa aliquota per crearci pensioni omogenee. Il lavoratore dovrebbe investire meno di quanto oggi spende da cococo girando di fatto il 33% all'Inps. La differenza dipendente-professionista starebbe nella quota per la previdenza complementare che il singolo potrebbe incrementare con contributi volontari al proprio Fondo pensione (quindi alla propria cassa): opzione che, se insoddisfatto, potrebbe cambiare rivolgendosi a un fondo aperto, bancario od assicurativo. S'innescerebbe tra l'altro un meccanismo di concorrenza positivo tra Casse che contribuirebbe a svecchiare le istituzioni professionali, oggi viste con diffidenza anche talora eccessiva».

Scenari accessori? «Sul fronte pensione, fermo restando che il modello è disegnato per la convenienza delle attuali casse private, un ipotetico contributo obbligatorio con un'unica aliquota potrebbe afferire all'Inps che potrebbe caricarsi aggiustamenti di temporanei squilibri. Sul fronte fondo pensione, le casse private potrebbero optare per istituire un unico Fondo comune, anche se sarà arduo impostare un percorso: occorrerebbe avere accesso ai profili dei singoli iscritti differenziati per età e casi particolari, e individuare possibili supporti dalla fiscalità generale». In effetti da cassa a cassa cambiano: le aliquote contributive (si pensi al 33% del cococo all'Inps2 e al 12% del giornalista all'Inpgi2); i criteri di calcolo della pensione, le somme su cui è calcolato il contributo (reddito o fatturato?); gli oneri "imprevisti" (un'Inpgi con molti giornalisti dipendenti paga la cassa integrazione e il Tfr in caso di fallimento dell'azienda, un Enpam dovrà far capire agli iscritti la convenienza del fondo pensione). Ma per Salerno «è tempo di aprire il dibattito. Il Jobs act riduce i contratti a poche tipologie, ma il problema per il lavoratore resta il frequente switch da un contratto all'altro. Se ad ogni rapporto corrisponde un'aspettativa previdenziale poi abbandonata non si fa il bene dei giovani; al contrario, razionalizzare la contribuzione, così come oggi è "unica" l'imposizione fiscale, sarebbe un passo verso la sostenibilità sia delle casse sia del futuro degli iscritti».

## **DIRITTO SANITARIO No a terapie complacenti: Cassazione condanna medico ayurvedico per omicidio colposo**

I genitori non vogliono l'antibiotico, il medico offre la terapia alternativa, il bambino muore, scatta la denuncia, il medico è condannato. E il percorso è corretto perché il medico deve dimostrare di aver visitato e costringere i genitori a misurarsi con la terapia più efficace. Lo afferma la sentenza della Cassazione (IV Sezione) n. 8527 del 25 febbraio con cui si condanna a 2 anni di reclusione e al risarcimento un medico praticante discipline ayurvediche per omicidio colposo e violazione delle norme sull'esercizio della professione. Il medico non aveva suggerito il ricovero e l'antibiotico a un piccolo paziente con fibrosi cistica e infezione necrotizzante del tessuto polmonare e, di fronte alle richieste dei genitori, sentito per telefono s'era limitato a far somministrare sempre gli stessi medicinali. In appello, il medico ha opposto che sono stati i genitori a presentarsi a lui dopo aver interrotto le cure

antibiotiche, con il bambino indebolito da un'infezione contratta in ospedale. Ha cercato di dimostrare che le condizioni erano migliorate con la terapia alternativa e che lui stesso aveva integrato la pratica ayurvedica con la prescrizione della fisioterapia respiratoria e degli enzimi pancreatici secondo linee guida occidentali. La Suprema Corte replica che i giudici d'appello hanno correttamente giudicato l'infezione provocata dall'interruzione dell'antibiotico, "occasionata se non sollecitata dall'intervento curativo dell'imputato", e dalla sostituzione dei farmaci "allopatici" con prodotti rivelatisi di per sè soli chiaramente inefficaci, "secondo una previsione d'indole scientifica neppure contestata dall'odierno ricorrente".

Pur riconoscendo i limiti dell'ayurvedica, il medico non ha né prospettato i limiti della sua terapia né coinvolto medico di famiglia e giudice tutelare, "per sollecitare un dialogo giuridicamente corretto e (...) tanto più essenziale a fronte di terapie meramente palliative o compassionevoli: soluzione estrema che i genitori devono ritenersi da soli non legittimati ad assumere". Servendosi delle foto della flogosi e della scheda riportante la gravità delle condizioni del bimbo, "la corte d'appello ha dunque tratto, oltre ogni ragionevole dubbio, la conclusione dell'elevata probabilità logica (equiparabile al più alto livello di credibilità razionale) dell'avvenuto decesso per effetto dell'aggressione infettiva letale non adeguatamente fronteggiata con la necessaria terapia antibiotica". Secondo la Corte, il giudice d'Appello ha dimostrato come il bambino avesse chance di salvarsi con l'antibiotico: "a meno di un mese dal decesso, le condizioni, pur peggiorate (...) erano comunque non gravi", e il piccolo "monitorato costantemente in sede medica e sottoposto alle terapie adeguate, avrebbe vissuto sicuramente un ulteriore e apprezzabile lasso di tempo, tenuto altresì conto dell'eventuale prospettiva offerta dal trapianto polmonare, in caso di necessità".

**RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA**

**ADDETTO STAMPA OMCEOSS [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584**