



ACOI
Associazione Chirurghi
Ospedalieri Italiani



Gruppo di Studio
"Medicina e Legalità"

LA DOCUMENTAZIONE CLINICA



ISTRUZIONI PER L'USO

Le grandi trasformazioni del modello organizzativo del nostro sistema sanitario negli ultimi due decenni hanno colto il mondo medico totalmente impreparato. L'enfatizzazione del nuovo modello di medico "manager" caricato di obiettivi economici che l'"azienda" impone ai suoi tecnici, ha portato la categoria a dover, giocoforza, rivedere il proprio sapere tradizionale e le sue storiche priorità o, comunque, ad aggiungerne di nuove, imprevedibili ed inattese.

Il prestigio ed il ruolo sociale della figura medica hanno, nello stesso periodo, subito vistosi, forse inevitabili ridimensionamenti, di pari passo con l'aumentare della diffidenza del cittadino, paziente, utente, complice uno schieramento unanime del mondo dell'informazione, con il risultato finale di un incremento esponenziale del contenzioso per cosiddetta "malpractice".

La figura del chirurgo, per ovvia, evidente immediatezza dei risultati del suo agire, è risultata e risulta tra le più colpite da questo cambiamento.

Era ovvio, in queste condizioni, attendersi un calo delle "vocazioni" chirurgiche di cui uno dei più importanti indicatori è la riduzione, in tutto il paese, non diversamente da altri paesi europei, di giovani laureati che richiedono l'iscrizione alle Scuole di specializzazione in Chirurgia Generale lasciando, in diverse Facoltà, posti a disposizione vacanti.

La prima reazione dei medici a questo stato di cose si è tradotta in un arroccamento difensivo, a volte aggressivo, sicuramente non costruttivo né, tantomeno, premiante.

Le parti più responsabili del mondo chirurgico, all'interno delle Società Scientifiche più rappresentative, hanno scelto la strada dello studio dei fenomeni, del confronto, del dialogo, dell'informazione.

La consapevolezza che solo una più diffusa conoscenza delle regole ed una maggiore trasparenza nella loro applicazione, la condivisione dei problemi con altri soggetti del complesso mondo che ruota intorno al prezioso bene collettivo

rappresentato dalla salute, hanno portato alla nascita dello straordinario laboratorio costituito dal gruppo di studio “Medicina e Legalità” al quale siamo orgogliosi di appartenere.

La monografia attuale: “La documentazione clinica. Istruzioni per l’uso”, quarta di una serie che pensiamo sia ben lungi dall’esaurirsi, testimonia ancora una volta, con grande evidenza, l’onestà intellettuale, il rigore e la chiarezza sintetica degli estensori.

Essa costituirà, ne siamo certi, un prezioso strumento per tutti coloro che ancora credono, e sono tanti, valga la pena di svolgere un lavoro di così importante rilevanza sociale, recuperandone per intero la dignità, nell’ambito di un rinnovato rapporto di fiducia con i cittadini.

Gianluigi Melotti
Presidente nazionale A.C.O.I.

Introduzione

Questo quarto opuscolo della collana di Medicina & Legalità per A.C.O.I. non vuole essere una guida alla compilazione della cartella clinica, perché non ve ne sarebbe stato bisogno. Vuole essere – piuttosto – una riflessione sulla “patologia” della cartella clinica. Dell’importanza anche giuridica della cartella il medico è ormai ben consapevole. Ciò che – forse – necessità di essere ulteriormente chiarito è il precipitato in punto di responsabilità (civile e penale) di una non corretta tenuta della cartella. Quali sono gli errori più comunemente commessi nella gestione della documentazione clinica? A quali rischi giuridici espongono il medico, id est quali addebiti di responsabilità possono essergli mossi per non aver documentato correttamente la propria attività? A queste domande il manuale cerca di dare risposta, nell’ottica – già leitmotiv dei precedenti lavori – della prevenzione del rischio giuridico.

Sono state – perciò – individuate le “patologie” che più di frequente affliggono la cartella clinica e si è cercato di delineare il rischio giuridico ad esse connesso per il medico che quella documentazione ha formato o contribuito a formare.

I punti di partenza di tale indagine sono i seguenti:

- a) il medico che forma (in tutto o in parte) la cartella clinica per il diritto è un pubblico ufficiale;*
- b) pertanto, la cartella clinica è un atto pubblico, e cioè un atto redatto da un pubblico ufficiale nell’esercizio delle sue funzioni diretto a provare il compimento di attività svolte dallo stesso o da terzi in sua presenza, ovvero redatto al fine di documentare la regolarità degli adempimenti ai quali è obbligato o circostanze di fatto cadute sotto la sua percezione diretta o comunque ricollegabili a tali adempimenti (definizione data dalla Corte di Cassazione);*

- c) *per tali motivi il medico, nell'attività di compilazione della cartella clinica, può commettere i reati di falso propri dei pubblici ufficiali puniti a titolo di dolo;*
- d) *il medico, oltre al dovere generale di protezione della salute del paziente, ha pure un dovere specifico di corretta tenuta della cartella clinica, e pertanto la violazione di tale dovere gli può comportare un addebito a titolo di colpa.*

Dove è stato possibile, si è cercato di fornire qualche esplicito suggerimento in chiave preventiva. In ogni caso, l'ampia casistica riportata è essa stessa fonte implicita di preziosi consigli di comportamento.

MEDICINA & LEGALITÀ

Indice

- 1 I REATI DI FALSO
- 2 IL FALSO MATERIALE
- 3 IL FALSO IDEOLOGICO
- 4 GLI ADDEBITI DI COLPA
- 5 PROFILI CIVILISTICI

CAPITOLO 1

I REATI DI FALSO

Di seguito un elenco esemplificativo delle “patologie” della cartella clinica le quali, indipendentemente dalle conseguenze che da esse possano derivare alla salute del paziente, costituiscono di per sé stesse reato.

- mancata riconoscibilità delle annotazione a causa di grafia illeggibile
- sottoscrizione con sigla chiaramente di altro soggetto
- mancata contestualità della annotazione al verificarsi della visita o della prescrizione (e connesso c'è il differimento di tempo in caso di evento acuto);
- modifica delle annotazioni pregresse
- soppressione o sostituzione di parti della cartella
- discordanza tra diario infermieristico e cartella medica
- falsità delle annotazioni
- narrazione fittizia di un intervento chirurgico
- mancata menzione di un evento in cartella
- mancata annotazione di un esame in cartella (es. amniocentesi per la quale non era stato annotato in cartella un primo prelievo ematico)
- falsificazione di un esame (es. partigramma)
- volontaria omissione di elementi determinanti

CONCETTI GENERALI

Art. 476 c.p. “Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici.

I) Il pubblico ufficiale, che, nell'esercizio delle sue funzioni, forma, in tutto o in parte, un atto falso o altera un atto vero, è punito con la reclusione da uno a sei anni.

II) Se la falsità concerne un atto o parte di un atto, che faccia fede fino a querela di falso, la reclusione è da tre a dieci anni”.

Art. 479 c.p. “Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici.

Il pubblico ufficiale che, ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un fatto e' stato da lui compiuto o e' avvenuto alla sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute, o comunque attesta falsamente fatti dei quali l'atto e' destinato a provare la verità, soggiace alle pene stabilite nell'articolo 476.

NOZIONI RILEVANTI:

SONO REATI PROPRI → possono essere realizzati solamente da soggetti dotati di una particolare qualifica soggettiva = pubblici ufficiali (= **art. 357 c.p.** “ **Agli effetti della legge penale, sono pubblici ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa (...)** → Le Sezioni Unite della Cassazione (11.7.1992) hanno precisato che è pubblico ufficiale il pubblico dipendente o il privato che, nell'ambito dei poteri di diritto pubblico, può e deve formare e manifestare la volontà della pubblica amministrazione, anche senza investiture formali, ovvero eserciti poteri autoritativi, deliberativi o certificativi, considerati distintamente).

Consistono nell' **ALTERARE** o **CONTRAFFARE** un atto pubblico (art. 476 c.p.), nell'**ATTESTARE FALSAMENTE** o nell'**OMETTERE** o **ALTERARE** (art. 479 c.p.) il contenuto di un atto pubblico.

Presuppongono l'esistenza di un **ATTO PUBBLICO** → agli effetti della tutela penale la nozione di atto pubblico è più ampia di quella prevista dal codice civile = **ogni documento formato da un pubblico ufficiale o da un pubblico impiegato incaricato di un pubblico servizio e redatto (con le forme previste dalla legge) allo scopo di comprovare un fatto giuridico o fatti da lui compiuti o avvenuti in sua presenza.**

FALSO MATERIALE E FALSO IDEOLOGICO hanno un **diverso oggetto sul quale cade la falsificazione.**

- Nel falso materiale i documenti vengono falsificati nella loro **essenza materiale**: c'è una manomissione fisica del documento successivo rispetto alla sua formazione
- Nel falso ideologico i documenti vengono alterati nel loro **contenuto**. Il fatto fissato nel documento non coincide con la realtà. Può trattarsi di un documento in cui non vi è stato alcun tipo di alterazione fisica (con conseguente venir meno della sua genuinità) ma nel quale manca la corrispondenza tra la situazione di fatto che il documento ha come scopo essenziale di rappresentare e quella che il documento in concreto rappresenta.

IN PARTICOLARE:

Al **medico** che opera nell'ambito o per conto di una struttura pubblica (ASL, Azienda Ospedaliera, struttura privata convenzionata) è riconosciuta la qualifica di **pubblico ufficiale**, in quanto concorre a formare e a manifestare la volontà della Pubblica Amministrazione in materia di assistenza sanitaria, esercitando in sua vece poteri autoritativi e certificativi;

la **cartella clinica** sia su supporto cartaceo, sia su supporto informatico (in forza del disposto dell'art. 491**bis** c.p.), è considerata **atto pubblico** (Cass. Pen. Sezioni Unite, 11 luglio 1992, n. 7958).

CONSEGUENZE:

Vi sono “**patologie**” della cartella, come quelle esemplificate all'inizio del capitolo, dalle quali possono derivare conseguenze penalmente rilevanti sotto il profilo della falsità indipendentemente da eventuali eventi lesivi della salute del paziente.

IL FALSO MATERIALE (ART. 476 C.P.)

SOGGETTO ATTIVO → A CHI PUÒ ESSERE CONTESTATO IL REATO DI FALSO IN ATTO PUBBLICO?

IN GENERALE: il reato di cui all'art. 476 c.p. è un **reato "proprio"** e come tale può essere realizzato solamente da soggetti dotati di particolari qualifiche soggettive; con riferimento al falso materiale in atto pubblico, si richiede in capo a colui che ne è autore la qualifica soggettiva di pubblico ufficiale → ovvero, **colui che realizza questo reato DEVE ESSERE UN PUBBLICO UFFICIALE (o, in base al disposto dell'art. 493 c.p., un impiegato della Stato, o di un altro ente pubblico, incaricati di un pubblico servizio e relativamente agli atti che essi redigono nell'esercizio delle loro funzioni);**

IN PARTICOLARE:

Medico che opera all'interno di una struttura sanitaria → poiché il medico nell'esercizio delle sue funzioni – tra le quali vi è quella della regolare compilazione della cartella clinica – è considerato pubblico ufficiale, egli può rendersi autore del reato di falso materiale in atto pubblico;

"Primario" → il medesimo reato può essere ascritto non solamente al medico che materialmente abbia compilato la cartella, ma anche al primario (*rectius*, responsabile della struttura semplice o complessa), che abbia dolosamente avallato o suggerito ai suoi subordinati l'alterazione della cartella;

Specializzando → una recente sentenza della Suprema Corte (21 settembre 2006, n. 35767) ha espressamente qualificato pubblico ufficiale nell'esercizio delle funzioni uno **specializzando** e lo ha pertanto ritenuto responsabile del reato di falso materiale per aver cancellato dalla cartella clinica di un paziente la frase "*presenza di tumefazione paravescicale sin., non dolente*".

Scrive in particolare la Suprema Corte: «*La qualità di pubblico ufficiale è stata retta- mente ritenuta nei confronti del ricorrente. La disposizione dell'art. 357 c.p., connette la*

qualificazione soggettiva esclusivamente all'estremo dell'esercizio di pubbliche funzioni, tra cui quella amministrativa. Non è necessario che il soggetto attivo del reato abbia un rapporto organico con l'ente pubblico, ma che sia munito di autorizzazione legale per lo svolgimento di una determinata attività rilevante nei rapporti esterni, in nome e per conto dello stesso ente. Orbene, secondo le norme citate, **il medico, che segue un corso di specializzazione, deve partecipare alla totalità delle attività sanitarie del servizio di cui fanno parte le strutture in cui si effettua, "ivi comprese le guardie e l'attività operatoria per le discipline chirurgiche, nonché la graduale assunzione dei compiti assistenziali".** Se, pertanto, egli procede ad un rilievo sintomatico sul paziente, durante una guardia o una visita, affidatagli dal primario o dall'aiuto, all'evidenza tale rilievo deve essere inserito nella cartella clinica e nulla osta che sia ammesso a farlo di persona. **E' questa la ragione per cui la falsificazione della cartella clinica, della cui redazione può astrattamente disporre per quanto gli compete, gli è attribuita ai sensi dell'art. 476 c.p.».**

CONDOTTA → QUALI COMPORTAMENTI INTEGRANO IL REATO DI FALSO MATERIALE IN ATTO PUBBLICO?

PREMESSA:

“DOCUMENTO GENUINO”: **concetto chiave** → un documento può considerarsi “genuino” quando proviene effettivamente da colui che risulta esserne l'autore e non ha subito alterazioni (cioè modificazioni di qualsiasi natura apportate dopo la sua definitiva formazione);

“IL FALSO MATERIALE ESCLUDE LA GENUINITA’ DI UN DOCUMENTO”: come? → attraverso **due diverse modalità:**

- **formazione (totale o parziale) di un atto falso:** “formare” = creare un atto prima inesistente → l’atto è falso perché il pubblico ufficiale lo redige quando invece dovrebbe astenersi;
- **alterazione:** “alterare” = modificare un documento genuino preesistente → un documento è alterato se, pur redatto da colui che ne è autore, ha subito delle modifiche (aggiunte, cancellazioni....) dopo che è stato formato.

CONCLUSIONE:

SI HA QUINDI FALSO MATERIALE:

- quando un pubblico ufficiale redige un documento e invece dovrebbe astenersi;
- quando ad un documento, successivamente alla sua redazione da parte di chi appare esserne l’autore, vengono apportate modificazioni (aggiunte, sostituzioni, soppressioni).

CON RIFERIMENTO ALLA CARTELLA CLINICA: i requisiti della cartella clinica consistono in: veridicità, completezza, precisione, chiarezza e contestualità (poiché, per quanto possibile, i fatti devono essere annotati contestualmente al loro verificarsi).

Per quanto concerne in particolare quest’ultimo requisito, pare importante sottolineare che l’unanime orientamento giurisprudenziale è nel senso che: *«La cartella clinica adempie la funzione di diario del decorso della malattia e di altri fatti clinici rilevanti per cui gli eventi devono essere annotati contestualmente al loro verificarsi. Pertanto la cartella clinica acquista il carattere di definitività in relazione ad ogni singola annotazione ed esce dalla disponibilità del suo autore nel momento in cui la singola annotazione viene registrata. Ne consegue che, **all’infuori della correzione di meri errori materiali, le modifiche e le***

aggiunte integrano un falso punibile anche se il soggetto abbia agito per ristabilire la verità, perché violano le garanzie di certezza accordate agli atti pubblici» (Cass. Pen., 20 gennaio 1987).

Le modifiche, le aggiunte, le alterazioni e le cancellazioni, inoltre, integrano falsità in atto pubblico, anche se il soggetto abbia agito per ristabilire la verità effettuale di un documento.

Di notevole interesse alcune decisioni che ravvisano il reato di falso materiale in atto pubblico nelle seguenti condotte:

- l'aver alterato la cartella clinica cancellando con la scolorina il peso del paziente all'atto del rilascio della stessa (Cassazione penale, 17 ottobre 2006, n. 38934);
- l'aver alterato, mediante cancellazione con correttore e riscrittura, la cartella clinica di un paziente in alcuni dei punti contenenti l'indicazione degli accertamenti e delle terapie cui lo stesso era stato sottoposto dopo l'intervento (Cass. Pen., 11 luglio 2005, n. 35167).
- l'aver effettuato annotazioni postume nel diario clinico (Cassazione penale, 26 novembre 1997, n. 1098).
- l'aver distrutto alcune pagine della cartella clinica di una paziente cui erano state somministrate dosi eccessive di ossitocina, per poi redigerne una ideologicamente falsa nella quale si ometteva di indicare tali prescrizioni (Cass. Pen. 13989/2004).

ERRORE MATERIALE: non è invece punibile la correzione di **meri errori materiali**.

Si vedano sul punto le seguenti decisioni:

- *“Le modifiche o le aggiunte in un atto pubblico, dopo che è stato regolarmente e definitivamente formato, integrano un falso punibile anche quando il soggetto abbia agito per stabilire la verità effettuale del documento; tuttavia ai fini della punibilità occorre che le aggiunte successive non si identifichino in mere correzioni o integrazioni*

che, lungi dal modificare l'elemento contenutistico dell'atto, già formalmente perfetto, siano invece dirette a completamento essenziale del relativo procedimento di formazione" (Cassazione penale, sez. V, 2 aprile 2004, n. 23327);

- *"Le modifiche o aggiunte in un atto pubblico dopo che è stato definitivamente formato integrano un falso punibile ancorché il soggetto abbia agito per ristabilire la verità effettuale; l'alterazione apportata nel senso della verità, ammessa soltanto nel caso di correzione di errori materiali, determina infatti, pur sempre una modificazione della verità documentale, in quanto per effetto dell'aggiunta postuma l'atto viene a rappresentare e documentare fatti diversi da quelli che rappresentava e documentava nel suo tenore originale, così che viene leso l'interesse sociale a che non sia menomato il credito attribuito agli atti pubblici dall'ordinamento giuridico" (Cass. Pen., 11 novembre 1983 n. 9423).*

IL FALSO NON PUNIBILE

La giurisprudenza afferma l'insussistenza del reato allorché la condotta falsificatoria sia inidonea a trarre altri in errore, ovvero a porre a repentaglio la pubblica fede (che è il bene giuridico protetto dalla norma incriminatrice).

In particolare, si è affermato che la falsità non è punibile solo quando non abbia la capacità di conseguire uno scopo antiggiuridico e sia talmente grossolana da non avere rilevanza ai fini del significato dell'atto e del suo valore probatorio.

La **grossolanità** va individuata con riferimento alle possibilità di riconoscimento del falso da parte di qualsiasi persona dotata di normale diligenza e capacità intellettuale, senza la necessità di indagini per il suo accertamento.

Ad esempio:

In un caso in cui un medico aveva alterato la cartella clinica cancellandone con il correttore alcune parti (formate ad opera di soggetti diversi) e le aveva poi riscritte, la tesi della

difesa circa la rilevabilità *ictu oculi* della “sbianchettatura” e la conseguente innocuità del falso non è stata accolta dalla Corte, che ha rilevato che *“In tema di falso documentale, ai fini dell’esclusione della punibilità [...] occorre che appaia in maniera evidente la falsificazione dell’atto e non solo la sua modificazione grafica. Di conseguenza, le abrasioni e le scritturazioni sovrapposte a precedenti annotazioni, pur se eseguite a fini illeciti immediatamente riconoscibili, non possono considerarsi, di per sé e senz’altro, un indice di falsità talmente evidente da impedire la stessa eventualità di un inganno alla pubblica fede, giacché esse possono essere o apparire una correzione irregolare, ma non delittuosa, di un errore materiale compiuto durante la formazione del documento alterato dal suo stesso autore. La fede pubblica [...] viene ad essere lesa anche quando, indipendentemente dal contenuto dell’atto pubblico, non vi sia corrispondenza tra l’effettivo iter di formazione del medesimo atto e quello che appare dal suo aspetto grafico, dandosi luogo anche in tale ipotesi alla falsa rappresentazione di una realtà giuridicamente rilevante; il che costituisce, a ben vedere, la vera ragione giustificativa del già ricordato orientamento interpretativo secondo cui sussiste il reato di falso ogni qual volta si intervenga con modifiche e su di un atto già definitivamente formato, pur quando l’intento dell’agente sia quello di renderne il contenuto conforme al vero”* (Cass. Pen., 11 luglio 2005, n. 35167).

SUGGERIMENTI PER NON RISCHIARE DI INCORRERE IN UN FALSO MATERIALE

Interlineare la frase che si vuole correggere di modo che sia leggibile il testo precedente e sia comprensibile che si voleva effettuare la correzione di un errore materiale, oppure mettere tra parentesi la parola o la frase errate e definirle come errori, e **sempre** datare e firmare la correzione (ricordarsi – comunque – che i reati di falso sono puniti solo a titolo doloso (e non anche colposo): perché vi sia reato sono – pertanto – necessarie in capo all’agente la consapevolezza e la volontà di alterare la documentazione).

CAPITOLO 3

IL FALSO IDEOLOGICO (ART. 479 C.P.)

SOGGETTO ATTIVO → A CHI PUÒ ESSERE CONTESTATO IL REATO DI FALSO IN ATTO PUBBLICO?

Lo stesso Pubblico Ufficiale a cui sia imputabile il falso materiale.

CONDOTTA → QUALI COMPORTAMENTI INTEGRANO IL REATO DI FALSO IDEOLOGICO IN ATTO PUBBLICO?

PREMESSA:

Il falso ideologico in atto pubblico ha il preciso **fine di tutelare un interesse generale della collettività**: non viene, infatti, tutelato l'affidamento dell'immediato destinatario dell'atto ma si protegge **la fiducia che la generalità dei consociati ripone negli atti pubblici** e, più nello specifico, la **garanzia della veridicità degli atti stessi**. Ciò a cui mira il legislatore è preservare la genuinità e veridicità dell'atto compiuto da un soggetto qualificato quale è il pubblico ufficiale.

Si ha falsità ideologica quando il pubblico ufficiale (il medico) che, formando un atto (quale la documentazione sanitaria) *“attesta falsamente che un atto è stato da lui compiuto, o è avvenuto alla sua presenza o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute”* oppure *“attesta falsamente fatti dei quali”* il documento *“è destinato a provare la verità”*.

Non è necessario, affinché il falso assuma rilevanza penale, la determinazione di un danno (sia esso economico o patrimoniale) ulteriore o di un pregiudizio derivante dalla falsificazione: la semplice formazione di un atto falso è, di per sé solo, punita, anche in

manca di una precisa volontà di nuocere in capo al soggetto attivo. La giurisprudenza, sul punto, dice che: «*ai reati di falso sono estranee le nozioni di danno e di profitto, bastando al perfezionarsi del reato il mero pericolo che dalla contraffazione o dall'alterazione possa derivare alla fede pubblica, che è l'unico bene giuridico protetto dalla norma incriminatrice. Pertanto a nulla rileva ai fini della sussistenza del reato che la immutatio veri sia stata commessa non solo senza l'animus nocendi vel decipiendi ma anche con la certezza di non produrre alcun danno, essendo sufficiente che la falsificazione si avvenuta consapevolmente e volontariamente*» (Cassazione penale, 26 gennaio 1999)

Il reato di falso ideologico, in sostanza, si **perfeziona con la formazione di un enunciato descrittivo privo di corrispondenza con il fatto descritto e prescinde dalla esistenza di un pericolo o di un danno ulteriore**

CONCLUSIONE:

SI HA QUINDI FALSO IDEOLOGICO:

- quando viene cristallizzato qualcosa differente dal vero. Manca la veridicità di quanto scritto.

CON RIFERIMENTO ALLA CARTELLA CLINICA: va ricordato che «*la cartella clinica redatta da un medico di un ospedale pubblico è caratterizzata dalla produttività di effetti incidenti su situazioni soggettive di rilevanza pubblicistica, nonché dalla documentazione di attività compiute dal pubblico ufficiale che ne assume la paternità: trattasi di atto pubblico che esplica la funzione di diario dell'intervento e dei relativi fatti clinici rilevanti, (...) sicché i fatti devono essere annotati conformemente al loro verificarsi*. (Cassazione penale, 16 giugno 2005, n. 22694)

Ogni qualvolta sia annotato – volutamente – qualcosa di differente rispetto alla realtà fattuale, si può incorrere in una responsabilità dovuta alla creazione di un documento ideologicamente falso.

ELEMENTO SOGGETTIVO: DOLO → QUALE DEVE ESSERE LA VOLONTÀ DEL SOGGETTO ATTIVO?

è richiesto un determinato *animus* del soggetto che effettua la falsa dichiarazione: è infatti necessaria la **volontà** della creazione di un atto menzognero.

Deve sussistere la **volontarietà dell'evento quale conseguenza dell'azione cosciente e volontaria**, senza che sia necessaria anche la consapevolezza della illiceità e della anti giuridicità del fatto. Non ha rilevanza l'insussistenza dell'intenzione di nuocere, dal momento che il reato si configura anche quando la commissione sia accompagnata dalla convinzione di non produrre danno alcuno.

E' necessaria la volontà della dichiarazione falsa e la consapevolezza del carattere non veritiero della medesima, mentre restano indifferenti le ragioni che hanno determinato il soggetto agente alla creazione del documento falso: *«E' sufficiente [...] la volontarietà della dichiarazione falsa, con al consapevolezza del suo carattere inveritiero; sono, pertanto, irrilevanti le ragioni che hanno determinato l'agente ad operare l'attestazione e, quindi, qualsiasi accertamento in ordine alla sua volontà di favorire sé o altri»* (Cassazione penale, 24 gennaio 2005, n. 6820)

IL SILENZIO

Non solo le annotazioni palesemente false possono dar luogo a un falso ideologico: **il silenzio** e talune **incompletezze** espongono, infatti, al medesimo rischio.

Così, ad esempio, *«il silenzio mantenuto su una realtà concomitante al fatto regolarmente attestato si limita ad essere una semplice reticenza (e dunque non sanzionato ex 479 c.p.) solo qualora attraverso il silenzio si dia luogo ad una dichiarazione incompleta e, come tale, non incidente sull'esistenza del documento e non lesiva di quella funzione probatoria dell'atto in relazione allo specifico contenuto per cui esso è stato formato»* (Cassazione penale, 17 Maggio 2005, n. 22694).

Conformemente, anche l'incompletezza di una attestazione può dar luogo a falsità ideologica qualora il contenuto della stessa faccia assumere all'omissione dell'informazione – o alla sua incompletezza – il significato della negazione dell'esistenza di un fatto.

GLI ADDEBITI DI COLPA

PREMESSA

Nei capitoli precedenti sono state esaminate le “patologie” della documentazione clinica che di per se stesse integrano la commissione di un reato (di falso – in particolare –, nella forma del falso ideologico o del falso materiale). Ora verranno prese in considerazione quelle “**patologie**” che di per sé non costituiscono reato, ma **che possono comportare per il medico un addebito di responsabilità a titolo di colpa in caso di lesione dell'integrità psicofisica del paziente ad esse causalmente connessa.**

Di seguito un elenco esemplificativo:

IMPRECISIONI:

- eccessiva sinteticità nella anamnesi e nell'esame obiettivo in sede di formazione della cartella;
- incompletezza del diario clinico;
- incompletezza della descrizione dell'atto operatorio;
- incompletezza della lettera di dimissioni;
- richiamo ad altra documentazione (per es., cartelle precedenti) non allegata o non immediatamente reperibile;
- mancanza di consequenzialità logica nelle annotazioni;

OMISSIONI:

- mancata indicazione della terapia domiciliare;
- mancanza del piano di cura;
- mancanza del piano di continuità assistenziale;
- mancata indicazione dei motivi della variazione terapeutica;

- mancata indicazione dei consulti (e delle relative annotazioni);
- mancata allegazione dei referti ottenuti in corso di degenza;
- mancanza della lettera di dimissioni;
- chiusura della cartella in assenza di alcuni referti.

LEGISLAZIONE:

QUALI SONO LE FONTI DELL'OBBLIGO DI TUTELA DELLA SALUTE DEL PAZIENTE E DELL'OBBLIGO DI CORRETTA TENUTA DELLA CARTELLA CLINICA?

LEGGE 23 DICEMBRE 1978, N. 833 (istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale)

→ prevede, ricalcando l'art. 32, co. 1°, della Costituzione, che **«la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il Servizio Sanitario Nazionale»**. La stessa legge n. 833, all'art. 14, dà valore concreto a tale enunciazione di principio stabilendo che le Unità Sanitarie Locali (ormai trasformate in Aziende dal d. lgs. 229/99), cellule territoriali base del Servizio Sanitario Nazionale, provvedono «all'assistenza medico-generica», «all'assistenza medico-specialistica» e «all'assistenza ospedaliera».

D. LGS. 30 DICEMBRE 1992, N. 502 (riordino della disciplina in materia sanitaria)

→ si apre con un'analogia affermazione di principio **«La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio Sanitario Nazionale»**.

Tali prescrizioni costituiscono una precisa attribuzione di doveri, a carico degli operatori del S.S.N., volti alla tutela della salute dei singoli individui e della collettività intera.

Ulteriori prescrizioni normative (di vario rango) individuano i soggetti titolari dei suddetti doveri e ne specificano dettagliatamente i contenuti.

CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA DEL 2006 → in particolare, per ciò che riguarda il dovere di corretta tenuta della cartella clinica → **l'art. 26** recita: «**La cartella clinica delle strutture pubbliche e private deve essere redatta chiaramente, con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e contenere, oltre a ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo decorso, le attività diagnosticoterapeutiche praticate. La cartella deve registrare i modi e i tempi delle informazioni nonché i termini del consenso del paziente – o di chi ne esercita la legale rappresentanza – alle proposte diagnostiche e terapeutiche; deve inoltre registrare il consenso del paziente al trattamento dei dati sensibili, con particolare riguardo ai casi di arruolamento in un protocollo sperimentale**».

CONCLUSIONI:

La legge statale attribuisce agli operatori del S.S.N. il dovere di tutelare la salute, e dunque – in termini giuridici – i beni della vita e dell'integrità fisica e psichica dell'individuo che si rivolge al Servizio Sanitario Nazionale. Essi ottemperano a tale dovere svolgendo le funzioni e i compiti che dalla legge o da altre fonti normative (come il codice deontologico) sono loro attribuiti, **tra i quali vi è pure il compito di (corretta) tenuta della cartella clinica.**

Da tutto quanto sopra deriva che, stante il carattere di (insieme di) norme cautelari del codice deontologico, se dal mancato rispetto dell'obbligo di corretta tenuta della cartella derivi una lesione della salute del paziente, il medico su cui incombeva quell'obbligo potrà essere ritenuto responsabile dei reati di lesioni colpose o di omicidio colposo.

CONSEGUENZE CHE POSSONO DERIVARE DALLE POSSIBILI “PATOLOGIE” DELLA CARTELLA CLINICA

PREMESSA → è facilmente configurabile, sulla base delle esigenze organizzative di un reparto ospedaliero, che più medici possano essere chiamati in causa nella cura di uno stesso paziente (basti pensare alla successione di più medici in rapporto ai diversi turni di servizio, oppure alla presenza in reparto di un singolo medico, responsabile dei pazienti ivi ricoverati, in occasione delle giornate festive).

CONSEGUENZA → in tali condizioni, quando più medici si alternino e/o collaborino alla cura di un paziente, la responsabilità sarà affidata *contemporaneamente* a tutti i predetti medici. → come stabilito dalla Pretura di Ravenna, «**sono responsabili di omicidio colposo i sanitari che, pur dovendosi coordinare nell'adozione delle scelte terapeutiche – in quanto portatori di un'autonomia decisionale da cui dipende un obbligo di adottare in corso di necessità tutti i presidi utili per fronteggiare l'emergenza –, omettono di adottare idonee cure per negligenza ed imprudenza poiché è sempre attuale l'obbligo di intervenire per chi si avveda della inadeguatezza della scelta terapeutica in atto decisa da altri sanitari; tale posizione di controllo non può mai venire meno dal momento che i medici di un reparto ospedaliero sono un gruppo di professionisti sostanzialmente equivalenti e paritetici**» (Pret. Ravenna 15.12.1995).

Ognuno dei sanitari affidatari sarà, allora, titolare di una **posizione di garanzia** sul paziente ricoverato, la cui estensione e i cui confini dovranno essere determinati caso per caso.

In linea generale la titolarità in capo a ognuno dei sanitari della suddetta posizione di garanzia non permette un'eccessiva frammentazione dell'intervento sanitario → **Non potrà il singolo medico preoccuparsi solo di ciò che avverrà nel suo turno di lavoro, né solo di ciò che avrà compiuto direttamente, ma dovrà contribuire al coordinamento di tutte le azioni svolte sul paziente** → QUINDI → **IMPORTANZA CAPITALE DI UNA CORRETTA TENUTA DELLA CARTELLA CLINICA.**

POSIZIONE DELLA GIURISPRUDENZA: la compilazione della cartella clinica riveste grande importanza nella formulazione di un giudizio di responsabilità medica. Ciò è stato più volte sottolineato dalla Corte di Cassazione (v., tra le molte, Cass. civ., sez. III, 8.9.1998, n. 8875). Il caso riguardava una neonata che, nel corso del parto, aveva riportato la frattura dell'omero destro e lesioni del plesso brachiale di sinistra, con conseguenti menomazione dell'arto superiore sinistro e perdita della funzionalità della mano. Tralasciando la parte della sentenza relativa alla appropriatezza o meno delle manovre effettuate durante il parto e delle associate responsabilità, che esula dal tema qui trattato, di seguito viene riportata la parte della sentenza attinente alla cartella clinica per il ruolo giocato nella decisione presa dalla Suprema Corte: **«La cartella clinica non aveva consentito ai consulenti di ricostruire le concrete modalità di andamento del parto e dell'assistenza prestata dal personale sanitario. In una situazione siffatta, è possibile presumere che le attività che altrimenti vi sarebbero state documentate siano state omesse e comunque la mancata segnalazione, nella cartella clinica, di manifestazioni cliniche rilevanti, di trattamenti medicamentosi e di atti operativi, è indice di un comportamento assistenziale costantemente negligente ed imperito. Le irregolarità e deficienze della cartella clinica deno-**

tavano per sé un corrispondente comportamento di assistenza al parto manchevole e negligente, segno di un impegno mediocre e disattento, fonte certa di responsabilità, perché avevano influito in modo determinante sull'insuccesso medico nelle fasi del parto. Ma ad analoga conclusione si perveniva quando si valutavano le specifiche, concrete attività svolte dal personale sanitario che aveva assistito al parto» (Cass. civ., sez. III, 8.9.1998, n. 8875).

Addirittura, (in altro caso) la possibilità – pur rigorosamente prospettata sotto il profilo scientifico – che la morte della persona ricoverata sia intervenuta per altre, ipotetiche cause patologiche, diverse da quelle diagnosticate ed inadeguatamente trattate, le quali non sia stato tuttavia possibile accertare neppure dopo il decesso in ragione della difettosa tenuta della cartella clinica o della mancanza di adeguati riscontri diagnostici (anche autoptici), non vale ad escludere la sussistenza del nesso eziologico tra la condotta colposa dei medici in relazione alla patologia accertata e la morte, ove risulti l'idoneità di tale condotta a provocarla (Cass. civ., sez. III, 13.9.2000, n. 12103. Conforme, Cass. civ., sez. III, 8.8.2000, n. 10414).

Un caso risoltosi bene.

Gastroenterologo esegue una manovra invasiva ad un paziente (ERCP) cui consegue una pancreatite acuta mortale. L'accusa di omicidio colposo parte da una insufficiente anamnesi che permetta di chiarire la correttezza dell'indicazione, e dalle terapie effettuate a complicanza avvenuta. Il collegio peritale non ha difficoltà a provare come le terapie siano state effettuate a regola d'arte, mentre deve richiedere un complemento di documentazione, nel caso particolare le cartelle di ricoveri precedenti, da cui desumere la corretta indicazione della procedura in questione. L'accusato viene assolto, ma **la corretta compilazione dell'anamnesi avrebbe permesso di risolvere il caso molto più facilmente e precocemente.**

Pertanto, nei casi in cui più medici siano tutti affidatari di uno stesso paziente, è essenziale che ciascuno di essi sia accurato nella compilazione della cartella clinica, rifuggendo dalle imprecisioni e omissioni del tipo di quelle più sopra elencate, e sfuggendo alla tendenza di delegare – per così dire – la responsabilità agli altri colleghi o al collega cui per primo sia stato assegnato quel paziente.

Laddove – poi – sia prevista la cooperazione tra più medici, è facile comprendere come la **comunicazione di notizie in occasione del passaggio delle consegne diventi doverosa**: il medico ospedaliero che termini il suo turno di lavoro ha lo specifico dovere di “dare le consegne” a chi gli subentra, in modo da evidenziare a quest’ultimo eventuali necessità particolari (ad es., di un’attenta osservazione e di un controllo costante dell’evoluzione della malattia del paziente che sia esposto a rischio di complicanze).

Questa la conclusione cui è giunta la Corte di Cassazione in merito al caso di un paziente che, trasportato in ospedale per le ustioni riportate in seguito allo scoppio di gas propano, ivi decedeva per l’insorgenza di edema della glottide. Il primario ospedaliero, che aveva visitato il paziente all’inizio e alla fine del suo turno di lavoro, veniva condannato **«per aver trascurato di controllare assiduamente un ustionato, pur sapendo che era possibile l’insorgenza di edema della glottide con conseguenze letali per il malato, e nell’aver imprudentemente lasciato» il paziente, «alla fine del turno, senza alcuna indicazione sulla cartella clinica o, comunque, senza avere avvertito il medico di guardia»** (Cass. pen., sez. IV, 2.4.1997, n. 4211).

A sua volta, il medico di guardia veniva ritenuto in colpa perché, quando **«si era messo in contatto telefonico con i colleghi specialisti in ustioni per chiarire con loro la gravità del caso, si era limitato a leggere la cartella clinica della vittima, senza visitarla e senza richiedere o effettuare alcun controllo per verificare lo stato delle vie aeree di quest’ultima»** (Cass. pen., sez. IV, 2.4.1997, n. 4211).

CONCLUSIONI

Le irregolarità e deficienze nella tenuta della cartella vengono considerate dalla giurisprudenza di per se stesse indice di negligenza nella cura del paziente, poiché si presume che le attività ivi non documentate siano state omesse. Pertanto, il vecchio adagio “meno scrivo, meglio è” non comporta una condotta giuridicamente protettiva per il medico.

Si può affermare con certezza che, nel caso in cui un medico compili in maniera imprecisa o incompleta la cartella e il collega che gli succede nella cura del paziente commetta un errore a causa della mancanza, nella cartella stessa, delle informazioni che il collega che lo ha preceduto abbia omesso di annotare, il primo medico potrà andare incontro a responsabilità (sia civile che penale) per l'evento infausto occorso al paziente (ciò – ma questo è un limite generale connesso ai criteri di accertamento della colpa – a meno che si dimostri che il secondo medico avrebbe agito nello stesso modo anche se le annotazioni in cartella fossero state complete).

SUGGERIMENTO

La tenuta formalmente perfetta della cartella non dovrebbe omettere l'annotazione delle decisioni quanto all'intenzione di cura, al piano di cura, e alle loro variazioni determinate da mutamenti intercorrenti o da precisazioni diagnostiche ulteriori. Nell'analisi peritale di cartelle incriminate il problema principale non è (tanto o non è) solo quello di rilevare un tale dato ad una tale ora, che spesso è di facile ricostruzione, quanto il ricostruire una logica di piano terapeutico, che specie nei casi complicati – che sono poi quelli che più spesso conducono a problemi giudiziari – non viene esplicitata bene.

PROFILI CIVILISTICI

I

Secondo un ormai consolidato orientamento giurisprudenziale, che si fonda sulla teoria del cd. “contatto sociale”, **il rapporto tra medico e paziente, anche in assenza di un formale incarico di prestazione d’opera professionale** (come nel caso del medico ospedaliero) **ha natura contrattuale**.

Più precisamente, si tratta di un rapporto contrattuale di fatto avente ad oggetto una prestazione che si modella su quella del contratto d’opera professionale.

«L’obbligazione del medico dipendente per responsabilità professionale nei confronti del paziente si fonda sul “contatto sociale” caratterizzato dall’affidamento che il malato ripone in colui che esercita una professione protetta che ha per oggetto beni costituzionalmente tutelati. La natura contrattuale di tale obbligazione è individuata con riferimento non alla fonte ma al contenuto del rapporto» (Cass. Civ., 22 gennaio 1999, n. 598).

Tra gli obblighi contrattuali gravanti sul medico rientra quello della compilazione della cartella clinica quindi l’imperfetta e/o incompleta compilazione della cartella clinica dà luogo ad un inadempimento contrattuale ed alla violazione dell’obbligo di diligenza nell’esecuzione della prestazione sancito dall’art. 1176, co. 2°, c.c. (Cass. Civ., 5 luglio 2004, n. 12273).



→ In materia di responsabilità contrattuale, l’**art. 1218 cod. civ.** statuisce che: *“Il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno, se non prova che l’inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile”*.

- Il più recente orientamento giurisprudenziale, consacrato dalla sentenza della Suprema Corte a **Sezioni Unite n. 13533 del 30 ottobre 2001**, afferma che **«in tema di prova dell'inadempimento di una obbligazione, il creditore che agisca per il risarcimento del danno deve soltanto provare la fonte (negoziale o legale) del suo diritto ed il relativo termine di scadenza, limitandosi alla mera allegazione della circostanza dell'inadempimento della controparte, mentre il debitore convenuto è gravato dell'onere della prova del fatto estintivo dell'altrui pretesa [...]»**.

Dopo qualche oscillazione, in seguito alla citata sentenza delle Sezioni Unite, la giurisprudenza si è sostanzialmente uniformata nell'applicare i criteri di distribuzione dell'onere della prova enunciati con riferimento alla responsabilità contrattuale a tutte le ipotesi di responsabilità medica (senza distinguere tra prestazioni di ordinaria e speciale difficoltà, come invece predicava un orientamento minoritario ormai superato)

- al paziente “creditore” spetta dimostrare il contratto ed allegare l'inadempimento del sanitario (l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di una nuova patologia);
- **al medico ed alla struttura ospedaliera “debitori” spetta l'onere di provare che il danno non sussiste ovvero che non è ad essi addebitabile per assenza di nesso causale ovvero per assenza di colpa.**



Vediamo alcuni casi.

Cass. Civ., 5 luglio 2004, n. 12273

- Il caso: un ragazzino riportava una grave ferita al braccio destro a causa della rottura accidentale del vetro di un balcone; portato al Pronto Soccorso, veniva sottoposto ad intervento chirurgico, nel corso del quale i medici eseguivano (scorrettamente) la suturazione del nervo ulnare senza accertare lo stato anatomico delle altre formazioni nervose del plesso brachiale, così omettendo di diagnosticare la lesione dei nervi mediano e mediano cutaneo con conseguente perdita della funzionalità del braccio.
- La cartella clinica era lacunosa: da essa non si riusciva a ricostruire il quadro clinico al momento dell'intervento; ad esempio, non risultava se i medici avessero fatto muovere o meno le dita al paziente per verificare quali fossero i nervi interessati.
- La decisione: *«In tema di responsabilità professionale del medico-chirurgo, la lacunosa formazione della cartella clinica redatta dai medici del Pronto soccorso ospedaliero non vale ad escludere per mancanza di prova l'omissione colposa della diagnosi da parte degli stessi, poiché il medico ha l'obbligo di controllare la completezza e l'esattezza del contenuto della cartella, la cui violazione configura difetto di diligenza ai sensi del comma 2 dell'art. 1176 c.c. ed inesatto adempimento della corrispondente prestazione medica».*
- In sintesi: **le incompletezze della cartella clinica non possono essere utilizzate per ritenere non raggiunta la prova della colpa medica; al contrario, costituiscono ex se fonte della responsabilità.**

Cass. 21 luglio 2003, n. 11316

→ Il caso: a seguito di ipossia anossica intervenuta al momento della nascita, un neonato veniva colpito da tetraparesi spastica e microencefalite, che gli causavano invalidità al 100% e lo conducevano in breve alla morte.

→ La cartella clinica era lacunosa.

In particolare, mancavano indicazioni sull'indice di Apgar, non era specificato se il parto era stato distocico o meno, pilotato o meno, provocato o non provocato, con o senza anestesia.

Inoltre, vi erano contraddizioni tra quanto indicato in cartella e quanto risultava dal certificato di assistenza al parto.

→ La decisione: *«In tema di responsabilità professionale del medico chirurgo, la difettosa tenuta della cartella clinica non vale ad escludere la sussistenza del nesso eziologico tra la colposa condotta dei medici in relazione alla patologia accertata e la morte, ove risulti provata la idoneità di tale condotta a provocarla, ma consente anzi il ricorso alle presunzioni, come avviene in ogni caso in cui la prova non possa essere data per un comportamento ascrivibile alla stessa parte contro la quale il fatto da provare avrebbe potuto essere invocato, nel quadro dei principi in ordine alla distribuzione dell'onere della prova ed al rilievo che assume a tal fine la "vicinanza alla prova", e cioè la effettiva possibilità per l'una o per l'altra parte di offrirla».*

→ In sintesi: **le irregolarità e le omissioni della cartella clinica, che impediscono di attestare con certezza la causa di un evento dannoso, non possono andare a discapito del paziente "creditore" della prestazione medica ed anzi rilevano come nesso eziologico presunto.**

CONCLUSIONI

Una cartella clinica lacunosa ed incompleta – oltre a configurare di per sé un inadempimento della prestazione medica – espone medici e struttura al rischio di non riuscire a dimostrare di essere esenti da responsabilità ed anzi viene considerata come indice di colpa e nesso causale presunto tra condotta e danno.

II

Infine, occorre osservare che la nozione civilistica di atto pubblico appare più circoscritta rispetto a quella penalistica.

Infatti, la giurisprudenza penale definisce pacificamente la cartella clinica come “atto pubblico” senza porre ulteriori distinzioni.

Dal punto di vista civilistico, invece, sulla scorta dell’art. 2700 c.c., il quale afferma che *“l’atto pubblico fa piena prova, fino a querela di falso, della provenienza del documento dal pubblico ufficiale che lo ha formato, nonché delle dichiarazioni delle parti e degli altri fatti che il pubblico ufficiale attesta avvenuti in sua presenza o da lui compiuti”*, si distingue tra:

a) descrizione di circostanze di fatto, attestate dal pubblico ufficiale come da lui compiute o avvenute in sua presenza.

→ Tali attestazioni sono assimilate ad una certificazione amministrativa ed hanno efficacia di prova privilegiata cui il Giudice deve attenersi e che può essere contrastata soltanto mediante l’espletamento della “querela di falso” (procedimento che può essere promosso sia in via incidentale nel corso di un giudizio “principale” in cui il documento sia stato prodotto, sia in via autonoma e preventiva).

→ Esse, comunque, in base al principio secondo il quale nessuno può preconstituire prova a favore di se stesso, non possono avere efficacia di piena prova nel caso in cui si discuta della responsabilità del medico che le ha redatte (Cass. Civ., 27 settembre 1999, n. 10695).

b) valutazioni, che in nessun caso acquistano efficacia probatoria privilegiata.

→ Ad esempio, è stata negata efficacia probatoria di atto pubblico all'annotazione in cartella clinica della *“assenza di deficit vascolo nervosi”*, osservando che *“Le attestazioni contenute in una cartella clinica sono riferibili ad una certificazione amministrativa per quanto attiene alle attività espletate nel corso di una terapia o di un intervento, mentre **le valutazioni, le diagnosi o comunque le manifestazioni di scienza o di opinione in essa contenute non hanno alcun valore probatorio privilegiato rispetto ad altri elementi di prova**”* (Cass. Civ., 12 maggio 2003, n. 7201)

gruppo di studio
MEDICINA E LEGALITÀ

Fabio Ambrosetti (Avvocato)
Mara Andreoli (Chirurgo)
Giuseppe Battarino (Magistrato)
Nicolò De Manzini (Chirurgo)
Alessandra De Palma (Medico Legale)
Maria Cristina Faravelli (Avvocato)
Antonio Farneti (Medico Legale)
Luciano Landa (Chirurgo)
Mauro Longoni (Chirurgo)
Lorenza Marco (Giurista)
Jacques Megevand (Chirurgo)
Gianluigi Melotti (Chirurgo)
Sara Melotti (Avvocato)
Arnaldo Migliorini (Medico Legale)
Gabriella Moise (Anestesista Rianimatore)
Paola Pirotta (Magistrato)
Luigi Presenti (Chirurgo)
Paola Repetto (Avvocato)
Marco Rigamonti (Chirurgo)
Cristiana Roveda (Magistrato)
Vincenzo Stancanelli (Chirurgo)

In copertina
disegno di Gino Viviani

Stampa: Grafiche Mariano SpA - Maggio 2008

con la partecipazione di

Johnson & Johnson
MEDICALSpA

“chi crede di poter comunicare il contenuto di una tecnica affidandolo allo scritto e chi a sua volta lo riceve supponendo che dallo scritto si possa trarre qualcosa di preciso e permanente deve essere veramente ingenuo ...”

“... i prodotti della pittura ci stanno davanti come se vivessero ... le parole scritte crederesti che possano parlare, quasi che avessero in mente qualcosa: ma se tu le interroghi ti comunicano sempre la stessa cosa. E una volta che sia messo per iscritto, un documento arriva nelle mani di tutti, tanto di chi lo intende, tanto di chi non ci ha nulla a che fare”

Platone, *Fedro* (275, 276)