



Associazione
Italiana
Radioterapia
Oncologica

XXI CONGRESSO NAZIONALE AIRO

Porto Antico di Genova

Centro Congressi

19 – 22 novembre 2011

Medicina difensiva e radioterapia: il problema esiste?

Avv. Giovanni Pasceri
partner Studio Legale Pasceri Vitale

La medicina difensiva

La più antica (ed attuale) definizione di *medicina difensiva* identifica quella attività, apparentemente medica, per cui i sanitari agiscono esclusivamente allo scopo di ridurre la propria esposizione al rischio di accuse di *malpractice* e, per tale motivo, prescrivono extratests, trattamenti, accertamenti o visite (**Medicina difensiva commissiva o positiva**), ovvero evitano pazienti o trattamenti ad alto rischio (**Medicina difensiva omissiva o negativa**)

da Defensive Medecine and Medical Malpractice 1994

(Pato)genesi della medicina difensiva

Continui progressi in medicina ed “eccessive” aspettative del paziente

Orientamento altalenante (e spesso punitivo) della giurisprudenza

Ruolo negativo svolto dei mass media

Ruolo delle associazioni (dei consumatori e di “tutela” dei professionisti)

Medicina difensiva ed esasperazione della responsabilità medica

.... poco tempo fa un noto medico mi diceva che in medicina tutto ciò che non va come si sperava non è per forza di un errore, bisogna sempre ricordarsi che:

- la morte è inevitabile
- la maggior parte delle malattie gravi non possono essere guarite
- gli antibiotici non servono per curare l'influenza
- le protesi artificiali ogni tanto si rompono
- gli ospedali sono luoghi pericolosi
- ogni farmaco ha anche effetti collaterali
- la maggior parte degli interventi medici dà solo benefici marginali e molti non funzionano affatto
- gli screening producono anche risultati falsi negativi

Richard Smith, BMJ 1999; 318:209-210

Una tendenza americana.....

In America la medicina difensiva è praticata da oltre il 90% dei sanitari secondo un rapporto pubblicato dalla rivista *Archives of Internal Medicine*

L'abbandono della medicina paternalistica in favore del “*contatto sociale*” (rapporto contrattuale privato) ha avvicinato il nostro sistema a quello americano

I dati

In Italia, la prima seria (e scientifica) analisi del fenomeno e della sua incidenza economica è stata licenziata dall'Ordine dei Medici di Roma nel 2010 la quale ha evidenziato che circa il 50% dei medici italiani la pratica

Frequenza comportamenti difensivi *				Frequenza *		
	Frequenza di comportamenti di medicina difensiva durante l'ultimo mese di lavoro			Mai	Almeno 1 volta	Totale
	Mai	Almeno una volta	Totale			
Medici	22,1%	77,9%	100,0%			
* Dati aggregati						

Frequenza comportamenti difensivi *				Frequenza *		
Tipo struttura	Frequenza di comportamenti di medicina difensiva durante l'ultimo mese di lavoro			Mai	Almeno 1 volta	Totale
	Mai	Almeno una volta	Totale			
Pubblica	22,2%	77,8%	100,0%			
Privata accreditata	23,7%	76,3%	100,0%			
* Percentuale disaggregata in base alla variabile "tipo di struttura"						

Frequenza *			
Età	Mai	Almeno 1 volta	Totale
32-42	7,7%	92,3%	
43-52	16,7%	83,3%	
53-62	24,8%	75,2%	
63-72	32,6%	67,4%	
Anzianità professionale			
Fino a 1 anno	0,0%	100,0%	
Da 1 a 5 anni	0,0%	100,0%	
Da 6 a 10 anni	7,7%	92,3%	
Da 11 a 20 anni	13,0%	87,0%	
Da 21 a 30 anni	21,1%	78,9%	
Più di 30 anni	30,1%	69,9%	
* % disaggregata in base alle var. "età" e "anzianità di servizio"			

Quali fattori hanno influito sui seguenti comportamenti? (disaggregati per età)					
	Fattore influente	Età (anni)			
		32-42	43-52	53-62	63-72
Solo "Accordo"	Timore di una richiesta di risarcimento danni	75,0%	60,0%	51,9%	74,0%
	Timore di un contenzioso medico-legale	79,1%	84,7%	74,3%	92,6%
	Timore di pubblicità negativa, perdita di immagine	41,7%	27,1%	46,8%	70,4%
	Precedenti esperienze personali di contenziosi medico-legali	45,8%	47,1%	51,0%	67,9%
	Precedenti esperienze di contenziosi medico-legali a carico di un collega	75,0%	63,4%	61,0%	78,6%

.... non solo responsabilità medica

Dall'analisi è emerso che in Italia si ricorre alla medicina difensiva anche per motivi diversi da timori di accuse di *malpractice*:

il 78,2% si sente più a rischio di denuncia rispetto al passato;

Il 68,9% pensa di avere la probabilità di essere denunciato

Il 6,7% dei medici giudica nulla la probabilità di subire una denuncia.

Complessivamente ben il 65,4 % si ritiene sotto pressione nella pratica clinica di tutti i giorni.

Più specificatamente i medici dichiarano di adottare la pratica della medicina difensiva:

- 1) per paura della pubblica opinione (65,8%);
- 2) per eventuali iniziative della magistratura (57,9%);
- 3) per le esperienze di contenzioso di altri colleghi (48,4%);
- 4) per la necessità di prevenire e tutelarsi da sanzioni comminate da strutture e servizi di appartenenza (43,1%);
- 5) per il timore di una compromissione della carriera (27,8%);
- 6) per paura di finire in chiave negativa sui mass media (17,8%)
- 7) per paura di perdere i propri pazienti (10,6%)
- 8) per eventuali critiche dei colleghi (9,6%).

I costi diretti

Dall'indagine è emerso che la probabile incidenza economica della medicina difensiva sulla spesa sanitaria pubblica è del 10,5%

La probabile Incidenza economica della medicina difensiva sulla spesa sanitaria

Spesa per medicina difensiva generata da tutti i medici sulla spesa del solo SSN

Farmaci:	1,9%
Visite:	1,7%
Esami di laboratorio:	0,7%
Esami strumentali:	0,8%
Ricoveri:	4,6%
Totale:	10,5%

Spesa per medicina difensiva generata dai soli medici pubblici sulla spesa del solo SSN

Farmaci:	1,9%
Visite:	1,8%
Esami di laboratorio:	0,7%
Esami strumentali:	0,8%
Ricoveri:	4,8%
Totale:	10,6%

Spesa per medicina difensiva generata da soli medici privati sulla spesa privata

Farmaci:	4 %
Visite:	2,1%
Esami di laboratorio:	0,6%
Esami strumentali:	0,4%
Ricoveri:	0,1%
Totale:	14%

Spesa per medicina difensiva generata da tutti i medici pubblici e privati sulla spesa totale

Farmaci:	3,7%
Visite:	2,4%
Esami di laboratorio:	0,8%
Esami strumentali:	0,8%
Ricoveri:	3,2%
Totale:	11,8%

Fonte: Bollettino Ordine dei Medici di Roma n. 81

Ulteriori conseguenze

Oltre alle problematiche relative ai costi (diretti che ricadono sul SSN e indiretti) esistono ulteriori conseguenze che possono ricadere direttamente sul medico:

- 1) responsabilità deontologica;
- 2) responsabilità contabile;
- 3) responsabilità disciplinare;
- 4) responsabilità civile;
- 5) responsabilità penale.



1) **responsabilità deontologica**

Il Codice Deontologico impone di utilizzare in modo appropriato le risorse (art.13) avendo attenzione alla disponibilità dei presidi e delle stesse risorse messe a disposizione (art. 21).

I trattamenti sanitari devono essere attuati previo accertamento delle necessità terapeutiche avendo queste il fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze (art. 18)



2) responsabilità contabile

Corte dei Conti - Sezione Regione Basilicata
Sentenza n. 204 - 14 settembre 2006

... I costi sostenuti dall'Azienda per attività cliniche eseguite “a correzione” di obblighi di servizio o di regole di condotta violati dovranno essere risarciti dai responsabili. ...

3) responsabilità disciplinare

Lo sperpero di risorse unitamente al conflitto di interessi perseguito (interesse personale rispetto a quello del paziente) concretizza la violazione dei doveri di correttezza e buona fede nonché quelli di diligenza e fedeltà. La violazione di siffatti precetti può giustificare l'apertura di un **procedimento disciplinare** e l'applicazione di rilevanti sanzioni (ivi quella espulsiva).

3) **responsabilità disciplinare**

Il D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 è intervenuto in materia disciplinare con gli artt. 67 e ss., che vanno a modificare il testo del D.Lgs. n. 165/2001. Similmente al settore privato sono stati definiti i criteri di applicazione delle sanzioni disciplinari che, nel caso della medicina difensiva, possono giustificare nei casi lievi la sospensione dal servizio sino ad arrivare, nei casi più gravi, al provvedimento di espulsione del dirigente medico (licenziamento per giusta causa)

4) responsabilità civile

*“L'esistenza di un rapporto contrattuale tra medico e paziente, il cui contenuto obbligatorio si individua nel contratto di prestazione d'opera professionale, configura in capo al primo una responsabilità da **inadempimento** nei confronti del secondo che, dunque, concorre con quella dell'ente, emergente ad altro titolo”*

Trib. Milano, 19-02-2001

4) responsabilità civile

Paradossalmente l'attività medica difensiva potrebbe essere idonea ad arrecare un autonomo danno biologico ovvero potrebbe determinare un ritardo rilevante nella cura di una data patologia (*medicina difensiva commissiva*) ovvero aggravare la patologia su pazienti ad alto rischio (*medicina difensiva omissiva*).

.....esasperazione ed uso del consenso informato come panacea di tutti i mali.

5) responsabilità penale

Cass. Penale, Sez. IV, 1981

La sussistenza della colpa professionale del sanitario deve essere valutata con larghezza e comprensione per la peculiarità dell'arte medica e per le difficoltà dei casi particolari, ma pur sempre nell'ambito dei criteri dettati dall'art. 43 c.p.... Il **grado della colpa** è infatti precisato soltanto come criterio per la determinazione della pena ma in nessun caso per determinare la stessa sussistenza dell'elemento psicologico del reato”

5) responsabilità penale

Cass. Penale, Sez. IV, 1983

“...Non può prescindersi dal considerare le cognizioni generali e fondamentali proprie di un medico specialista non essendo sufficiente il riferimento alle cognizioni che si pretendono da un medico generico: infatti il corredo culturale e sperimentale richiesto dallo Stato per il conseguimento del **titolo di specialista**, rappresenta una più consistente garanzia per il paziente e **legittima un’aspettativa di maggior perizia**”.

Un falso rimedio: il consenso informato

Il consenso informato si pone come causa di giustificazione di una attività che per la sua estrinsecazione sia idonea a ledere (anche temporaneamente) il diritto di integrità personale. Essa, pertanto, scrimina la condotta del medico astrattamente idonea a configurare una ipotesi di reato.

Convenzione di Oviedo del 1997 dispone all'art. 5 che “un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato”

Un falso rimedio: il consenso informato

Art. 5 CC - Atti di disposizione del proprio corpo (1942)

Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente della integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume.

Art. 2 Cost.: "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle forme sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale." (1948)

Art. 32 Cost.: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana". (1948)

L'art. 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, ribadisce che il diritto del paziente a formulare un consenso informato all'intervento appartiene ai diritti inviolabili della persona, ed è espressione del diritto di autodeterminazione in ordine a tutte le sfere e gli ambiti in cui si svolge la personalità dell'uomo, fino a comprendere anche la consapevole adesione al trattamento sanitario.

Un falso rimedio: il consenso informato

Art. 50 CP - Consenso dell'avente diritto. (1930)

Non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto, col consenso della persona che può validamente disporre.

Art. 51 CP - Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere. (1930)

L'esercizio di un diritto o l'adempimento di un dovere imposto da una norma giuridica o da un ordine legittimo della pubblica autorità, esclude la punibilità. Se un fatto costituente reato è commesso per ordine dell'autorità, del reato risponde sempre il pubblico ufficiale che ha dato l'ordine. Risponde del reato altresì chi ha eseguito l'ordine, salvo che, per errore di fatto abbia ritenuto di obbedire a un ordine legittimo. Non è punibile chi esegue l'ordine illegittimo, quando la legge non gli consente alcun sindacato sulla legittimità dell'ordine.

Art. 54 CP - Stato di necessità. (1930)

Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo. Questa disposizione non si applica a chi ha un particolare dovere giuridico di esporsi al pericolo. La disposizione della prima parte di questo articolo si applica anche se lo stato di necessità è determinato dall'altrui minaccia; ma, in tal caso, del fatto commesso dalla persona minacciata risponde chi l'ha costretta a commetterlo.

Un falso rimedio: il consenso informato

Cassazione penale, Sez. un., 18 dicembre 2008, n. 2437

Ove il medico sottoponga il paziente ad un trattamento chirurgico diverso da quello in relazione al quale era stato prestato consenso informato e tale intervento, eseguito nel rispetto dei protocolli e delle “leges artis”, sia concluso con **esito fausto**, nel senso che dall'intervento stesso è derivato un apprezzabile miglioramento delle condizioni di salute, in riferimento, anche alle eventuali alternative apprezzabili, e senza che vi fossero indicazioni contrarie da parte del paziente medesimo, tale condotta è priva di rilevanza penale, tanto sotto il profilo delle lesioni personali quanto sotto quello della violenza privata. (Tribunale di Milano sent. 2847/2008 sentenza 21 gennaio 2009, n. 2437 le Sezioni Unite della Corte di Cassazione)

Il ruolo delle linee guida

Linee Guida (*guidelines*): consigli di condotta operativa che scaturiscono dallo studio sistematico degli effetti e dell'efficacia dei procedimenti diagnostico-terapeutici affinché al medico sia data la possibilità di decidere in tempi brevi, quale sia il tipo di assistenza più adatta nel pieno rispetto dell'autonomia del paziente che deve esprimere il proprio consenso, al fine di migliorare la qualità dei servizi.

Protocollo (*protocols*): Strumento che formalizza la successione di un insieme di azioni fisiche e/o mentali e/o verbali con le quali raggiungere un determinato obiettivo definito nell'ambito della professione; esso costituisce la modalità ottimale (efficace, efficiente ed omogenea) da seguire per erogare una prestazione in una determinata situazione.

Il ruolo delle linee guida

Quattro principali problemi:

- a) Esiste una norma che riconosce le società scientifiche?
- b) Esiste una responsabilità legale per chi produce e diffonde una linea guida?
- c) Esiste una maggior favor in caso di accertata responsabilità per chi usa le linee guida?
- d) Le linee guida costituiscono uno standard di cura?

Il ruolo delle linee guida

Nei paesi anglosassoni:

Le Linee Guida (oltre ai Protocolli) costituiscono criterio di valutazione della preparazione dei medici (ECM???), di analisi dello sfruttamento delle risorse (Longden, 1992), nonché termini di riferimento in sede di giudizio o di confronto tra diversi pareri forniti dai periti (Woolf, 1993)

Il ruolo delle linee guida

Negli Stati Uniti d'America:

Le linee guida vengono utilizzate come parametro di valutazione della colpa professionale. In passato tale valutazione era abitualmente affidata ad un “*expert witness*” che utilizzava quale parametro di riferimento della condotta tenuta dal medico inquisito la propria esperienza personale

Il ruolo delle linee guida

Nel 1990, nel Maine, è stata approvata una legge che sancisce il diritto dei medici a dimostrare in giudizio che si erano adeguati ad una linea guida, la quale poteva essere considerata uno standard di cura.

Salvo il caso del Maine le **linee guida non sono norme**, ma aiuti nella decisione, il che rende gli estensori non incolpabili in quanto sono solo redattori di consigli, mentre la decisione finale spetta, in piena autonomia, al medico curante

Il ruolo delle linee guida (in Italia)

La legislazione nazionale nei riguardi delle linee guida sembra seguire più le stagioni politiche che un chiaro convincimento

Legge 23/11/1996, n. 662 "...un'uniforme applicazione in ambito locale dei percorsi diagnostici e terapeutici che sono adottati dal Ministro della sanità entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge a partire dalle più comuni patologie croniche degenerative..."

I percorsi vengono reiterati con la stessa dizione nella Finanziaria 1997

I percorsi scompaiono nel Piano sanitario 1998/2000, ma compaiono le linee guida come premessa ai percorsi stessi mai redatte

DL 19/06/1999, n. 229 "...il programma di ricerca sanitaria favorisce... l'implementazione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostici terapeutici.."

Il ruolo delle linee guida (in Italia)

La giurisprudenza formatasi in Italia riconosce alle linee guida solo valori di condotta operativa non vincolanti per il medico (riconoscendo invece la possibilità che la loro violazione concretizzi una ipotesi di responsabilità per colpa grave)

In sede giudiziale le linee guida possono essere intese come standard minimi accettabili piuttosto che come indicazioni ideali

Il ruolo delle linee guida (in Italia)

L'applicazione delle Linee Guida non protegge il medico in una causa di *malpractice*

I protocolli

I protocolli, invece, scaturendo da organi direttivi con poteri riconosciuti o da norme codificate ovvero esplicitando nozioni scientifiche comprovate scientificamente riconosciute e generalmente applicate, presentano i caratteri di una norma giuridica configurandosi come “atti normativi interni” o “regolamenti di servizio” con conseguenza di vincolo per tutti gli operatori sanitari per i quali si impone il problema della responsabilità del buono o cattivo uso o del mancato uso dei Protocolli

La mancata applicazione del protocollo in una data patologia determina certamente, per lo specialista, una responsabilità gravissima con conseguente possibilità di essere incriminato per un dato reato non per colpa ma per dolo seppur di tipo “eventuale”

Autonomia tra protocolli e linee guida

Corte di Cass., Sez. IV, 13 febbraio 2002, n.2865

*“è conforme ai principi del diritto valorizzare l’autonomia del medico nelle scelte terapeutiche, poiché l’arte medica, mancando per la sua stessa natura di protocolli scientifici a base matematica, spesso prospetta diverse pratiche o soluzioni che l’esperienza ha dimostrato efficaci, da scegliere oculatamente in relazione ad una cospicua quantità di varianti che, legate al caso specifico, solo il medico, nella contingenza della terapia, può apprezzare ... in una tale ottica, il giudice, per valutare la correttezza della scelta terapeutica operata dal medico, e quindi giudicare la sussistenza o no del profilo di colpa, deve operare un giudizio ex ante, cioè deve collocarsi mentalmente nel momento in cui il medico fu chiamato ad operare la sua scelta, **valutando tutti gli elementi che consigliarono di adottarne una e di scartarne un’altra e considerando anche, ovviamente, la consistenza scientifica della scelta, non potendo il medico di certo trincerarsi dietro personalissime opinioni**”*

La risposta giurisprudenziale

Cass. pen., Sez. IV, 23 novembre 2010, n. 8254

Un paziente viene ricoverato e sottoposto a angioplastica. Dopo cinque giorni viene trasferito nel reparto di cardiologia. Stabilizzato il quadro clinico viene dimesso. A poche ore dal rientro a casa, è colto da insufficienza respiratoria. Trasportato in ospedale, giunge in arresto cardiocircolatorio. La causa della morte è data da scompenso cardiaco. Si procede penalmente contro il medico. Dalla perizia risulta conforme la condotta del medico alle linee guida che prevedono le dimissioni del paziente alla stabilizzazione del quadro clinico. Il medico viene condannato in quanto non vi erano ragioni per discostarsi dalle linee guida (anamnesi, severità infarto, elevato rischio). La corte d'appello assolve il medico in quanto sebbene il rispetto delle linee guida non esime da responsabilità nel caso di specie non vi erano ragioni per allontanarsi dalle linee guida: i markers di necrosi erano negativi, il paziente era asintomatico e compensato. La Cassazione annulla la sentenza di assoluzione asserendo che: non esime da colpa il medico il rispetto di linee guida che antepongono ragioni economiche a ragioni di tutela della salute e che siano in contrasto con le esigenze di cura del paziente.

.....**senza medicina difensiva:**

Abbandono delle specialità a rischio

Aumento stress lavorativo

Aumento sinistrosità

Quale strada?



Rimedi attuati (ed inefficaci):

Dialogo tra associazioni, magistrati, avvocati e medici (ivi compresi i consulenti tecnici) – soggettività e autoreferenzialità

Medicina dell'obbedienza giurisprudenziale - medicina difensiva di ritorno

Assicurazione obbligatoria - deresponsabilizzazione sociale

Conciliazione obbligatoria – business

.....

Possibili rimedi generali:

a) definizione di atto medico adottata dall'UEMS (libertà ed autonomia)

Definizione europea di ATTO MEDICO adottata dall'Union Européenne des Médecins Specialist – UEMS - riunita a Budapest il 3/4-XII- 2006

L'Atto medico comprende tutte le azioni professionali, vale a dire le attività scientifiche, didattiche, formative ed educative, cliniche, medico tecniche compiute al fine di promuovere la salute e il buon funzionamento, prevenire le malattie, fornire assistenza diagnostica o terapeutica e riabilitativa a pazienti, gruppi o comunità nel quadro del rispetto dei valori etici e deontologici. Tutto ciò rientra nei doveri del medico iscritto (cioè abilitato e iscritto all'ordine dei medici) o deve avvenire sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione

Possibili rimedi generali:

b) definizione di trattamento medico-chirurgico (limitazione ai consensi inutili ed esasperati)

I trattamenti medico-chirurgici adeguati alle finalità terapeutiche ed eseguiti secondo le regole dell'arte da un esercente la professione medico-chirurgica o da altra persona legalmente autorizzata allo scopo di prevenire, diagnosticare, curare o alleviare una malattia del corpo o della mente, non si considerano offese all'integrità fisica

Possibili rimedi generali:

c) modifica codice penale (limitazione responsabilità alla sola colpa grave)

«Art 590-ter (Morte o lesioni come conseguenza di condotta colposa in ambito sanitario)

L'esercente una professione sanitaria che, in presenza di esigenze terapeutiche, avendo eseguito od omesso un trattamento, cagioni la morte o una lesione personale del paziente è punibile ai sensi degli articoli 589 e 590 solo in caso di colpa grave. Ai sensi del presente articolo la colpa è grave quando l'azione o l'omissione dell'esercente una professione sanitaria, grandemente inosservante di regole dell'arte, ha creato un rischio irragionevole per la salute del paziente, concretizzatosi nell'evento....»

Possibili rimedi generali:

d) istituzione di un'albo nazionale dei periti

Per esercitare l'attività di consulente tecnico occorre superare un esame abilitante;

Il consulente al momento dell'iscrizione deve scegliere, secondo la propria specialità, l'area specifica di specializzazione;

Possibili rimedi generali:

e) rafforzamento delle previsioni CCNL

E' necessario rafforzare l'obbligo giuridico dell'Ente di tenere indenne il sanitario da fatti o incolpazioni diverse dalla colpa grave (assicurazione obbligatoria?)

Oltre i rimedi: nella radioterapia il problema esiste?

Come in tutte le branche mediche anche nell'ambito della radioterapia la medicina difensiva può essere astrattamente esercitabile

Oltre i rimedi: nella radioterapia il problema esiste?

La gravità delle patologie trattate, le modalità di intervento, la standardizzazione dei **protocolli** escludono il ricorso alla pratica della medicina difensiva laddove ritardare una cura o rifiutare un paziente determina, nella maggior parte dei casi, un aggravamento della patologia del paziente

Oltre i rimedi: nella radioterapia il problema esiste?

Pertanto, l'attività medico-difensiva in radioterapia, più che nelle diverse branche mediche, espone il radioterapista a serie conseguenze laddove questi poteva e doveva essere in grado, quale specialista, di prevedere la seria probabilità dell'aggravamento della patologia.

Oltre i rimedi: nella radioterapia il problema esiste?

Il radioterapista che era in grado di prevedere le gravi conseguenze della propria condotta che potevano essere limitate in caso di tempestivo intervento potrebbe rispondere a titolo di **dolo** eventuale (anziché di colpa lieve o grave)

Oltre i rimedi: nella radioterapia il problema esiste?

Il dolo eventuale è un tipo di manifestazione del **dolo** in cui l'agente si rappresenta la possibilità che l'evento si verifichi e accetta la possibilità che tale fatto si verifichi. È proprio questa accettazione consapevole del rischio che fa differire questa figura dall'affine figura della colpa cosciente. L'Agente **decide di agire "costi quel che costi", accettando il rischio del verificarsi dell'evento.**

Il reato doloso non è assicurabile.



Associazione
Italiana
Radioterapia
Oncologica

XXI CONGRESSO NAZIONALE AIRO

Porto Antico di Genova

Centro Congressi

19 – 22 novembre 2011

grazie per l'attenzione

*Studio Legale Pasceri Vitale
Via Carlo Botta 10 - 20135 Milano
Tel. 02.5450140 – Fax 0289281968*

www.pasceri.it