

diritto e tutela

PERIODICO GIURIDICO DI
N.16 GIUGNO 2016
TRIMESTRALE



STUDIO3A
DIAMO VALORE AI DIRITTI

● LA GIURISPRUDENZA PREVALENTE
IN MATERIA DI MALASANITÀ

● BARRIERE SALVA-MOTOCICLISTI: COSA
DICE L'EUROPA E COS'HA FATTO L'ITALIA

● **Quando chi guida
uccide: i casi in cui da
semplice omicidio
colposo diventa reato
specifico con pene
inasprite**

Dopo anni di attesa da
parte dei familiari delle
vittime della strada,
finalmente anche in Italia
il legislatore ha fatto la
sua parte





P1

EDITORIALE
Malasanità, piaga inaccettabile nel terzo millennio



P2

Quando chi guida uccide: i casi in cui da semplice omicidio colposo diventa reato specifico con pene inasprite

Dopo anni di attesa da parte dei familiari delle vittime della strada, finalmente anche in Italia il legislatore ha fatto la sua parte



P8

Barriere salva-motociclisti: cosa dice l'Europa e cos'ha fatto l'Italia

L'Unione Europea ha fornito da tempo indicazioni precise, ma l'Italia non riesce ancora ad adeguarsi: allo studio una proposta di legge dell'On. Prativiera



P14

La giurisprudenza prevalente in materia di malasanità

I diritti e le tutele che la Corte di Cassazione civile valorizza a difesa dei pazienti quale parte debole in caso di errore medico

Studio 3A breaking news

P26

i servizi di Studio 3A®

SERVIZI

Cos'è successo in quella sala parto?

La piccola Tasnim Mim sopravvissuta solo poche ore a causa di un errore medico

P30

SERVIZI

Viaggio tra le "fondamenta" di Studio 3A

L'area tecnica: una concreta operatività per un'azione capillare e risoluta

P32

ATTUALITÀ

Tragedia del bus in Irpinia, quindici a giudizio

A tre anni dalle prime perizie dei tecnici di Studio 3A il giudice dell'udienza preliminare giunge alle medesime conclusioni

P33

SOCIALE

In prima linea anche contro le truffe

SOCIALE

il dono di Alessandra

inaugurato l'appartamento presso il Gervasutta

P34

MEDIA

Quando i media chiedono la verità...

Studio 3A risponde

P36 e P37

LA STRUTTURA

L'organizzazione aziendale

LA STRUTTURA

La sede direzionale

LA SQUADRA

Chiamateci per nome

Editore e proprietario:

Studio 3A®
Valore Srl
Via Bruno Maderna, 7
30174 Venezia
Tel: +39 041 8622601
segreteria@studio3a.net
www.studio3a.net
CF e PI 03850440276

Direttore responsabile:

Nicola De Rossi

Coordinamento editoriale:

Ernes Trovò e Andrea Milanese

Testi redazionali:

Nicola De Rossi, Andrea Milanese
e Alessandro Ragazzo

Progetto grafico:

Marco Bosa

Coordinamento esecutivo:

C Maiuscola
Via Mantovani Orsetti, 22
31100 Treviso
www.cmaiuscola.com

Stampa:

Pubbliservice Srl
Via Raffaello, 21
31021 Mogliano Veneto (TV)

Data chiusura numero:

19.07.2016

REGISTRATO AL N.5 2015
PRESSO IL TRIBUNALE
ORDINARIO DI VENEZIA
CON PROVVEDIMENTO
DEL 29.10.2015

Tutti i diritti riservati


EDITORIALE

dirittoetutela



MALASANITÀ, PIAGA INACCETTABILE NEL TERZO MILLENNIO

Nella sua relazione finale, la Commissione Parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario ha chiarito di aver indagato nel suo periodo di attività, tra 2009 e 2012, su 570 segnalazioni di presunta malpractice medica, 400 culminate con la morte del paziente: la percentuale maggiore, il 20 per cento, riguardava le situazioni inerenti al parto. Ma è la punta di un iceberg. Studi più recenti forniscono numeri più consistenti. Secondo i dati forniti nel 2015 in un convegno promosso a Roma dall'Associazione Salute e Società, su otto milioni di ricoveri l'anno in Italia, si registrerebbero 320mila casi di danni o conseguenze più o meno gravi provocati da errori per lo più evitabili. Negli ultimi 25 anni, le denunce a carico dei professionisti sono cresciute del 300 per cento e le cause pendenti sono 12mila l'anno, per richieste di risarcimento di due miliardi e mezzo di euro. Di più, nella prima Consensus Conference sul Risk Management in sanità, tenutasi due anni fa a Roma, si sono arrivati a stimare 90 decessi al giorno legati a sbagli commessi dai medici, scambi di farmaci, dosaggi errati, sviste in sala operatoria, etc: più vittime di quelle da incidenti stradali. Qui non si vuole crocifiggere il sistema sanitario né i nostri medici, la gran parte dei quali sono professionisti seri e qualificati, e noi prima di parlare di "mala sanità" sottoponiamo sempre i casi alla scrupolosa verifica dei nostri esperti. Al di là dei numeri, però, è sotto gli occhi di tutti che, specie nelle strutture del Sud (ma non solo), accadono troppe tragedie inaccettabili: non è ammissibile, ad esempio, che nel terzo millennio si continuino a contare così tanti decessi di neonati in seguito a parti di routine. Tragedie che in due casi su tre sono diretta conseguenza di problemi organizzativi (solo in un terzo dei casi c'è una negligenza da parte del personale sanitario), come le condizioni di igiene dei locali: non è infrequente che, a causa di infezioni, si entri in ospedale sani e si esca malati. Questa situazione deve stimolare una presa di posizione da parte delle nostre autorità politiche e sanitarie per porre un rimedio a questa piaga. Il danno da responsabilità medica è uno dei più gravi, perché il paziente affida ai sanitari il suo bene più prezioso, la salute e la vita. Non a caso la giurisprudenza si è espressa in modo sempre più stringente a tutela del danneggiato e del diritto alla salute, riconosciuto dalla Costituzione. Tutte le persone che ritengano di aver subito un danno da malasanià hanno il diritto ma anche il dovere di trovare la forza di denunciarlo, non solo per ottenere giustizia per sé o per i propri familiari, ma anche per migliorare le cose ed evitare il ripetersi di altri, dolorosi casi.

Dott. Ermes Trovò



QUANDO CHI GUIDA UCCIDE: I CASI IN CUI DA SEMPLICE OMICIDIO COLPOSO DIVENTA REATO SPECIFICO CON PENE INASPRITE

Dopo anni di attesa da parte dei familiari delle vittime della strada, finalmente anche in Italia il legislatore ha fatto la sua parte

IL NUOVO REATO DI OMICIDIO STRADALE

Le novità di una legge attesa da una vita, ma anche alcune sue criticità

LA LEGGE

Introduzione del reato di omicidio stradale e del reato di lesioni personali stradali

TRAVOLTO DA UN PIRATA DROGATO, SENZA PATENTE NÉ ASSICURAZIONE

Un caso emblematico di omicidio stradale, ma la legge non era ancora entrata in vigore

IL NUOVO REATO DI OMICIDIO STRADALE

LE NOVITÀ DI UNA LEGGE ATTESA DA UNA VITA, MA ANCHE ALCUNE SUE CRITICITÀ

Con la L. 23 marzo 2016, n. 41, il legislatore ha introdotto le attese fattispecie autonome di reato di omicidio stradale e lesioni personali stradali, la cui disciplina prevede, nel suo complesso, un inasprimento della reazione sanzionatoria rispetto alle pene previste in passato. L'art. 589 c.p., nella sua formulazione antecedente alla recente riforma, prevedeva come pena per l'omicidio commesso con la violazione delle norme sulla disciplina stradale la reclusione da due a sette anni; tale pena era aumentata da tre a dieci anni per i casi in cui l'autore del reato fosse alla guida del veicolo in stato di ebbrezza alcolica con tasso alcolemico superiore a 1,5 g/l ovvero sotto l'effetto di sostanze stupefacenti. La nuova fattispecie base di reato, prevista nell'art. 589 bis c.p., prevede anch'essa la pena della reclusione da due a sette anni; tuttavia, in caso di guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, le pene sono state sensibilmente aumentate, ancorché siano state oggetto di differenziazione a seconda di un'articolata casistica. Innanzitutto, la pena per l'omicidio stradale commesso in stato di ebbrezza con tasso alcolemico superiore a 1,5 g/l o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti è ora fissata nella reclusione da otto a dieci anni. La stessa pena si applica, inoltre, anche ai conducenti di veicoli adibiti al trasporto di persone o cose (e precisamente dei veicoli aventi le caratteristiche indicate nell'art. 186 bis co. 1 lett. b, c e d c.d.s.) che abbiano commesso il reato in stato di ebbrezza, con tasso alcolemico compreso fra 0,8 e 1,5 g/l. Invece, in caso di tasso alcolemico compreso fra 0,8 e 1,5 g/l, i conducenti di veicoli a motore aventi caratteristiche diverse da quelle testé indicate (e cioè, sostanzialmente, i motocicli e le autovetture) sono puniti con la reclusione da cinque a dieci anni. Un'altra importante novità è rappresentata dall'applicazione della pena della reclusione da cinque a dieci anni anche all'omicidio commesso in violazione di altre norme del codice della strada, diverse da quelle relative allo stato di ebbrezza alcolica ed all'uso di sostanze stupefacenti. Precisamente, si applica tale pena in caso di reato commesso a causa di gravi violazioni dei limiti di velocità o a causa dell'attraversamento di un'intersezione con il semaforo rosso; nel caso di reato commesso circolando contromano o eseguendo inversione di marcia in

corrispondenza di intersezioni, curve o dossi; ed anche in caso di sorpasso di un altro mezzo in corrispondenza di un attraversamento pedonale o di linea continua.

Il rilevante aumento delle pene previste per il reato di omicidio stradale commesso con gravi violazioni del codice della strada induce a ritenere che le persone condannate per tale reato riusciranno solo in casi sporadici ad evitare il carcere. Infatti, pene così elevate renderanno assai difficile la fruizione della sospensione condizionale della pena (che può essere concessa in caso di condanna alla reclusione non superiore a due anni), ovvero di altre misure alternative alla detenzione, quali, per esempio, l'affidamento in prova ai servizi sociali, che può essere concesso in caso di condanna non superiore ai quattro anni di reclusione. E ciò a differenza di quanto avveniva con la previgente disciplina, in applicazione della quale molto spesso venivano irrogate pene troppo basse anche in relazione a fatti di rilevante gravità, tanto da diffondere nell'opinione pubblica la sensazione che la reazione sanzionatoria apprestata dalla legge fosse troppo mite. In questo senso, sebbene l'entità delle pene previste dal legislatore sia apparsa eccessiva a più di un commentatore, essa rappresenta senza dubbio un passo avanti verso una maggiore tutela della sicurezza della circolazione stradale. È infatti auspicabile che l'efficacia deterrente propria di sanzioni penali così elevate richiami l'attenzione di tutti gli utenti della strada ad una maggiore osservanza delle regole che disciplinano la circolazione. Il reato di lesioni stradali gravi e gravissime è costruito in maniera speculare a quello di omicidio stradale. Anche l'art. 590 bis, nella sua fattispecie base, ripropone la pena prevista nel previgente art. 590 c.p., vale a dire la reclusione da tre mesi a un anno per le lesioni gravi e da uno a tre anni per le lesioni gravissime. Analogamente, la pena per il reato commesso in stato di ebbrezza con tasso alcolemico superiore a 1,5 g/l o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti è stata sensibilmente aumentata ed è ora stabilita nella reclusione da tre a cinque anni per le lesioni gravi e da quattro a sette anni per le lesioni gravissime, a fronte delle più miti pene vigenti in precedenza (da sei mesi a due anni per le lesioni gravi e da un anno e sei mesi a quattro anni per quelle gravissime). Le stesse pene si applicano, inoltre, anche ai conducenti di veicoli adibiti al trasporto di persone o cose che abbiano commesso il reato in stato di ebbrezza, con tasso alcolemico compreso fra 0,8 e 1,5 g/l, mentre nel caso in cui tale ultimo tasso alcolemico sia riscontrato in conducenti di motocicli e autovetture, la pena è della reclusione da un anno e sei mesi a tre anni per le lesioni gravi e da due a quattro anni per le lesioni gravissime. Quest'ultima pena si applica, inoltre, anche nei casi di reato commesso con violazione delle altre regole previste nel codice della strada già richiamate in relazione al reato di omicidio stradale. Inoltre, mentre le lesioni stradali gravi e gravissime erano in passato procedibili a querela, oggi sono diventate procedibili d'ufficio.

Il legislatore è intervenuto anche sulla disciplina dell'arresto

in flagranza. Infatti, per l'omicidio stradale aggravato ai sensi dell'art. 589 bis co. 2 e 3 c.p. è previsto l'arresto obbligatorio (cfr. articolo 380, comma 2, lettera m-quater c.p.p.), mentre è consentito l'arresto facoltativo non solo per l'ipotesi base di omicidio stradale, stanti i limiti edittali di pena previsti nell'art. 589 bis co. 1 c.p., ma anche per le lesioni colpose stradali gravi o gravissime aggravate ai sensi dell'art. 590 bis co. 2, 3, 4 e 5 (cfr. articolo 381, comma 2, lettera m-quinquies, c.p.). Peraltro, nel solo caso di lesioni stradali, il conducente che si fermi e, occorrendo, presti assistenza a coloro che hanno subito danni alla persona, mettendosi immediatamente a disposizione degli organi di polizia giudiziaria, non è assoggettabile all'arresto (facoltativo) stabilito per il caso di flagranza. Tale comportamento collaborativo non ha, invece, rilievo ai fini di escludere l'arresto in caso di omicidio stradale. La legge in commento non manca di suscitare alcuni dubbi interpretativi. Il primo è rappresentato dal fatto che la formulazione delle norme in esame, facendo esclusivo riferimento alla violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale, dimentica le ipotesi colpose caratterizzate dalla violazione delle generiche regole di perizia, diligenza e prudenza che, in astratto, potrebbero connotare, anche in via esclusiva, l'atteggiamento psicologico del responsabile. Si pensi, per esempio, alla violazione del principio di affidamento, più volte affermato dalla Corte di Cassazione, a mente del quale le norme sulla circolazione stradale impongono severi doveri di prudenza e diligenza proprio per fare fronte a situazioni di pericolo, anche quando siano determinate da altrui comportamenti irresponsabili, cosicché la fiducia di un conducente nel fatto che altri si attengano alle prescrizioni del legislatore, se mal riposta, costituisce di per sé condotta negligente, riconducibile alla violazione di regole cautelari generiche (v., per esempio, Cass. pen., Sez. IV, 23.06.2015, n. 31242, che ha ritenuto responsabile di omicidio colposo il conducente di un veicolo che, essendosi accorto di una manovra irregolare di un motociclo, non ha arrestato la propria marcia onde consentire al motociclo di completare in sicurezza tale manovra). In questo senso, si potrebbe argomentare che, in caso di fatto connotato solo da colpa generica, gli artt. 589 bis e 590 bis c.p. non possano essere applicati, con conseguente applicazione residua dei reati previsti negli artt. 589 e 590 c.p.

Un altro dubbio interpretativo è connesso all'introduzione dell'ipotesi aggravata della fuga del conducente, prevista sia in relazione all'omicidio (art. 589 ter c.p.) sia in relazione alle lesioni stradali (art. 590 ter c.p.) e che implica l'aumento della pena da un terzo a due terzi. Tale ipotesi non è stata oggetto di coordinamento sistematico con il reato di omissione di soccorso. Le due fattispecie sono peraltro solo parzialmente sovrapponibili. Da un lato, l'ipotesi aggravata della fuga non presuppone necessariamente che vi sia altra persona coinvolta nel sinistro che necessiti di soccorso; essa sussiste, infatti, per il solo fatto che il conducente si sia dato alla fuga. Dall'altro, l'omissione di soccorso può astrattamente realizzarsi anche senza la fuga, come nel caso

del conducente che ometta di prestare soccorso pur restando nei pressi del luogo ove è avvenuto il sinistro. Non è difficile ipotizzare che tale mancato coordinamento darà origine a divergenti interpretazioni circa il concorso effettivo delle due fattispecie, ovvero l'assorbimento di una nell'altra. Purtroppo, il legislatore come molto spesso è accaduto in altri ambiti, non ha prestato la dovuta attenzione alle relazioni intercorrenti fra le nuove norme introdotte nell'ordinamento e quelle già esistenti, causando così dubbi interpretativi che si ripercuotono a danno non solo della certezza del diritto, ma anche del carico giudiziario e della generale efficienza dell'amministrazione della giustizia.

Qualche problema applicativo potrebbe derivare, inoltre, dalla difficoltà di accertare lo stato di alterazione dovuto all'uso di sostanze alcoliche. Le ipotesi aggravate non fanno, infatti, riferimento ad un generico stato di alterazione (che potrebbe essere verificato anche attraverso i sintomi che tale stato produce), ma implicano l'accertamento specifico della quantità di alcol nel sangue, onde appurare se essa sia compresa fra 0,8 e 1,5 g/l ovvero addirittura superi gli 1,5 g/l. Tale circostanza potrebbe produrre difficoltà di accertamento nel caso in cui il conducente rifiutasse di sottoporsi al test etilometrico. In tal caso, la principale alternativa, sul piano scientifico, per accertare se il soggetto abbia fatto uso di sostanze alcoliche al momento del sinistro è costituita dall'esame ematico. Tuttavia, l'autorità giudiziaria non ha il potere di imporre coattivamente l'esame ematico, nemmeno attraverso l'esercizio dei poteri previsti dall'art. 359 bis c.p.p., che consente al Pubblico Ministero di disporre il prelievo coattivo di campioni biologici senza il consenso della persona interessata. Infatti, il prelievo coattivo è consentito solo in relazione a capelli, peli o alla mucosa del cavo orale, mentre non può essere esteso al sangue, anche in considerazione di quanto stabilito dalla Corte Costituzionale con la sentenza n. 9.7.1996 n. 238, in cui ha affermato che il prelievo ematico coattivo è vietato dall'art. 13 Cost., in quanto non comporta solo una restrizione della libertà personale, ma la travalica perché, seppur in minima misura, invade la sfera corporale della persona, pur senza di norma comprometterne, di per sé, l'integrità fisica o la salute (anche psichica), né la sua dignità, in quanto pratica medica di ordinaria amministrazione. Tale difficoltà di accertamento è, in qualche misura, attenuata dalla possibilità di utilizzare a fini probatori dello stato di ebbrezza i referti delle analisi del sangue effettuate dal personale ospedaliero, non a richiesta specifica degli agenti di polizia giudiziaria, ma unicamente per motivi clinici ed a scopo curativo delle lesioni riportate dalla persona nell'incidente stradale in cui questi sia stato coinvolto. Tuttavia, quando il responsabile del sinistro non necessiti di cure mediche, tale evenienza è esclusa e se egli dovesse rifiutare di sottoporsi al test etilometrico diventerebbe assai difficile provare la sussistenza delle ipotesi aggravate.

Avv. Giulio Vinciguerra

Foro di Torino

LA LEGGE

INTRODUZIONE DEL REATO DI OMICIDIO STRADALE E DEL REATO DI LESIONI PERSONALI STRADALI



**LEGGE 23 MARZO 2016 N. 41 (IN GAZZ. UFF., 24 MARZO 2016, N. 70). - INTRODUZIONE DEL REATO DI OMICIDIO STRADALE E DEL REATO DI LESIONI PERSONALI STRADALI, NONCHÉ DISPOSIZIONI DI COORDINAMENTO AL DECRETO LEGISLATIVO 30 APRILE 1992, N. 285, E AL DECRETO LEGISLATIVO 28 AGOSTO 2000, N. 274. LA CAMERA DEI DEPUTATI ED IL SENATO DELLA REPUBBLICA HANNO APPROVATO; IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA PROMULGA
LA SEGUENTE LEGGE:**

Art. 1

1. Dopo l'articolo 589 del codice penale sono inseriti i seguenti:

«Art. 589-bis. (Omicidio stradale).

Chiunque cagioni per colpa la morte di una persona con violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale è punito con la reclusione da due a sette anni.

Chiunque, ponendosi alla guida di un veicolo a motore in stato di ebbrezza alcolica o di alterazione psico-fisica conseguente all'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope ai sensi rispettivamente degli articoli 186, comma 2, lettera c), e 187 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, cagioni per colpa la morte di una persona, è punito con la reclusione da otto a dodici anni.

La stessa pena si applica al conducente di un veicolo a motore di cui all'articolo 186-bis, comma 1, lettere b), c) e d), del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, il quale, in stato di ebbrezza alcolica ai sensi dell'articolo 186, comma 2, lettera b), del medesimo decreto legislativo n. 285 del 1992, cagioni per colpa la morte di una persona.

Salvo quanto previsto dal terzo comma, chiunque, ponendosi alla guida di un veicolo a motore in stato di ebbrezza alcolica ai sensi dell'articolo 186, comma 2, lettera b), del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, cagioni per colpa la morte di una persona, è punito con la reclusione da cinque a dieci anni.

La pena di cui al comma precedente si applica altresì:

1) al conducente di un veicolo a motore che, procedendo in un centro urbano ad una velocità pari o superiore al doppio di quella

consentita e comunque non inferiore a 70 km/h, ovvero su strade extraurbane ad una velocità superiore di almeno 50 km/h rispetto a quella massima consentita, cagioni per colpa la morte di una persona;

2) al conducente di un veicolo a motore che, attraversando un'intersezione con il semaforo disposto al rosso ovvero circolando contromano, cagioni per colpa la morte di una persona;

3) al conducente di un veicolo a motore che, a seguito di manovra di inversione del senso di marcia in prossimità o in corrispondenza di intersezioni, curve o dossi o a seguito di sorpasso di un altro mezzo in corrispondenza di un attraversamento pedonale o di linea continua, cagioni per colpa la morte di una persona.

Nelle ipotesi di cui ai commi precedenti la pena è aumentata se il fatto è commesso da persona non munita di patente di guida o con patente sospesa o revocata, ovvero nel caso in cui il veicolo a motore sia di proprietà dell'autore del fatto e tale veicolo sia sprovvisto di assicurazione obbligatoria.

Nelle ipotesi di cui ai commi precedenti, qualora l'evento non sia esclusiva conseguenza dell'azione o dell'omissione del colpevole, la pena è diminuita fino alla metà.

Nelle ipotesi di cui ai commi precedenti, qualora il conducente cagioni la morte di più persone, ovvero la morte di una o più persone e lesioni a una o più persone, si applica la pena che dovrebbe infliggersi per la più grave delle violazioni commesse aumentata fino al triplo, ma la pena non può superare gli anni diciotto.

Art. 589-ter. (Fuga del conducente in caso di omicidio stradale).

Nel caso di cui all'articolo 589-bis, se il conducente si dà alla fuga, la pena è aumentata da un terzo a due terzi e comunque non può essere inferiore a cinque anni».

2. L'articolo 590-bis del codice penale è sostituito dai seguenti:

«Art. 590-bis. (Lesioni personali stradali gravi o gravissime).

Chiunque cagioni per colpa ad altri una lesione personale con violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale è punito con la reclusione da tre mesi a un anno per le lesioni gravi e da uno a tre anni per le lesioni gravissime.

Chiunque, ponendosi alla guida di un veicolo a motore in stato di ebbrezza alcolica o di alterazione psico-fisica conseguente all'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope ai sensi rispettivamente degli articoli 186, comma 2, lettera c), e 187 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, cagioni per colpa a taluno una lesione personale, è punito con la reclusione da tre a cinque anni per le lesioni gravi e da quattro a sette anni per le lesioni gravissime.

Le pene di cui al comma precedente si applicano altresì al conducente di un veicolo a motore di cui all'articolo 186-bis, comma 1, lettere b), c) e d), del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, il quale, in stato di ebbrezza alcolica ai sensi dell'articolo 186, comma 2, lettera b), del medesimo decreto legislativo n. 285 del 1992, cagioni per colpa a taluno lesioni personali gravi o gravissime.

Salvo quanto previsto dal terzo comma, chiunque, ponendosi alla guida di un veicolo a motore in stato di ebbrezza alcolica ai sensi dell'articolo 186, comma 2, lettera b), del decreto legislativo 30

aprile 1992, n. 285, cagioni per colpa a taluno lesioni personali, è punito con la reclusione da un anno e sei mesi a tre anni per le lesioni gravi e da due a quattro anni per le lesioni gravissime.

Le pene di cui al comma precedente si applicano altresì

1) al conducente di un veicolo a motore che, procedendo in un centro urbano ad una velocità pari o superiore al doppio di quella consentita e comunque non inferiore a 70 km/h, ovvero su strade extraurbane ad una velocità superiore di almeno 50 km/h rispetto a quella massima consentita, cagioni per colpa a taluno lesioni personali gravi o gravissime;

2) al conducente di un veicolo a motore che, attraversando un'intersezione con il semaforo disposto al rosso ovvero circolando contromano, cagioni per colpa a taluno lesioni personali gravi o gravissime;

3) al conducente di un veicolo a motore che, a seguito di manovra di inversione del senso di marcia in prossimità o in corrispondenza di intersezioni, curve o dossi o a seguito di sorpasso di un altro mezzo in corrispondenza di un attraversamento pedonale o di linea continua, cagioni per colpa a taluno lesioni personali gravi o gravissime.

Nelle ipotesi di cui ai commi precedenti la pena è aumentata se il fatto è commesso da persona non munita di patente di guida o con patente sospesa o revocata, ovvero nel caso in cui il veicolo a

motore sia di proprietà dell'autore del fatto e tale veicolo sia sprovvisto di assicurazione obbligatoria.

Nelle ipotesi di cui ai commi precedenti, qualora l'evento non sia esclusiva conseguenza dell'azione o dell'omissione del colpevole, la pena è diminuita fino alla metà.

Nelle ipotesi di cui ai commi precedenti, qualora il conducente cagioni lesioni a più persone, si applica la pena che dovrebbe infliggersi per la più grave delle violazioni commesse aumentata fino al triplo, ma la pena non può superare gli anni sette.

Art. 590-ter. (Fuga del conducente in caso di lesioni personali stradali).

Nel caso di cui all'articolo 590-bis, se il conducente si dà alla fuga, la pena è aumentata da un terzo a due terzi e comunque non può essere inferiore a tre anni.

Art. 590-quater. (Computo delle circostanze).

Quando ricorrono le circostanze aggravanti di cui agli articoli 589-bis, secondo, terzo, quarto, quinto e sesto comma, 589-ter, 590-bis, secondo, terzo, quarto, quinto e sesto comma, e 590-ter, le concorrenti circostanze attenuanti, diverse da quelle previste dagli articoli 98 e 114, non possono essere ritenute equivalenti o prevalenti rispetto a queste e le diminuzioni si operano sulla quantità di pena determinata ai sensi delle predette circostanze aggravanti.

TRAVOLTO DA UN PIRATA DROGATO, SENZA PATENTE NÉ ASSICURAZIONE UN CASO EMBLEMATICO DI OMICIDIO STRADALE, MA LA LEGGE NON ERA ANCORA ENTRATA IN VIGORE

Guida senza patente e sotto l'effetto di stupefacenti, auto non assicurata, violazione del codice della strada, omissione di soccorso... C'erano proprio tutte le componenti dell'omicidio stradale nella tragedia costata la vita l'8 giugno 2015 a un incolpevole pensionato di 76 anni di Palo del Colle, nel Barese: Francesco Zaccheo. Una vicenda che ha avuto vasta eco a livello nazionale. L'anziano percorreva tranquillamente via Ciavriello, a Palo del Colle, nella sua corsia di marcia, su un ciclomotore, quand'è stato falciato e ammazzato da un 23enne, anche lui del posto, Vito Ramunno, che gli è piombato addosso a tutta velocità con un'Alfa 156, poi risultata non sua e senza assicurazione. Il responsabile, disoccupato e già noto alle forze

dell'ordine, ha lasciato il 76enne esanime sull'asfalto, fuggendo. Non bastasse, dopo aver bruciato la vettura, ha avuto la sfrontatezza di tornare sul luogo del sinistro, mescolandosi alla folla: non per accertarsi delle condizioni della vittima, ma solo per cercare di rimuovere dalla strada i pezzi dell'auto onde evitare che si risalisse a lui. Notato dai carabinieri, intervenuti sul posto per i rilievi, ha tentato la fuga a piedi nelle campagne circostanti, ma è stato raggiunto e arrestato. E per finire, è risultato privo della patente e positivo agli accertamenti tossicologici: guidava in stato di alterazione psico-fisica per l'effetto di cannabinoidi.

Purtroppo, l'incidente è successo alcuni mesi prima che entrasse in vigore il Ddl sull'omicidio stradale, di cui anzi i familiari di Zaccheo, di fronte a tale condotta criminale, a più riprese avevano sollecitato pubblicamente l'iter legislativo. Il responsabile, in ogni caso, non se la caverà con poco. Il 23 novembre, nell'udienza preliminare del procedimento penale a suo carico, in cui i congiunti del pensionato si sono costituiti parte civile, il Gip del Tribunale di Bari, Antonio Diella, ha inteso dare un segnale forte per arrivare a una pena esemplare. Il magistrato ha respinto la richiesta di patteggiamento formulata dai legali dell'imputato, che avevano proposto tre anni e qualche mese, ritenendola del tutto incongrua alla gravità dei fatti ascritti al giovane e alla sua "recidività", data la fedina penale già "macchiata" da svariati reati, nonostante la giovane età, e ha negato anche la richiesta dei domiciliari per il Ramunno, che il carcere se l'è fatto finendo nella Casa circondariale di Bari. Certo è, però, che con la nuova legge sull'omicidio stradale la condanna finale sarebbe potuta essere più severa e adeguata di quella che giocoforza maturerà con i "vecchi" strumenti.

BARRIERE SALVA-MOTOCICLISTI: COSA DICE L'EUROPA E COS'HA FATTO L'ITALIA

L'Unione Europea ha fornito da tempo indicazioni precise, ma l'Italia non riesce ancora ad adeguarsi: allo studio una proposta di legge dell'On. Prataciera

CENTAURI ANCORA "DIMENTICATI" NONOSTANTE LA NORMATIVA EUROPEA SULLE BARRIERE DI PROTEZIONE

Lo stato dell'arte dell'adozione dei profili salva-motociclisti: occorre una legge nazionale per sbloccare il problema dei costi e delle responsabilità

PROPOSTA DI LEGGE D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI PRATAVIERA, BRAGANTINI, CAON, MARCOLIN

Modifica all'articolo 47
della legge 29 luglio 2010, n. 120

QUANDO LA PASSIONE DI UN POLITICO SI DEDICA ALLA SALVAGUARDIA DELLA VITA

L'On. Emanuele Prataciera illustra i punti di forza della sua proposta





CENTAURI ANCORA “DIMENTICATI” NONOSTANTE LA NORMATIVA EUROPEA SULLE BARRIERE DI PROTEZIONE LO STATO DELL'ARTE DELL'ADOZIONE DEI PROFILI SALVA-MOTOCICLISTI: OCCORRE UNA LEGGE NAZIONALE PER SBLOCCARE IL PROBLEMA DEI COSTI E DELLE RESPONSABILITÀ

La funzione prioritariamente riconosciuta alle barriere stradali note come “guardrail” è fondamentalmente una: impedire l'uscita di strada del veicolo, trattenendolo all'interno della carreggiata senza al contempo permetterne il “rimbalzo” o il rovesciamento ed, ovviamente, senza che la sua azione possa risultare lesiva per gli occupanti del veicolo. Il tutto, adattandosi alle esigenze di veicoli di diversa massa, sagoma e velocità.

Il primo riferimento normativo alle implicazioni di sicurezza insite nell'uso di barriere guardrail metalliche in relazione alle differenti tipologie di veicoli da “proteggere” risale al 1987 quando, nella circolare ANAS n. 2337, ci si pose il problema che la barriera potesse risultare di fatto una “coperta troppo corta”, ovvero non in grado di trattenere un veicolo pesante senza, al tempo stesso, risultare troppo aggressiva verso un veicolo leggero. Al di là di questa lapalissiana constatazione “en passant”, però, il documento in oggetto si limitò a prescrivere i requisiti minimi di resistenza richiesti ai dispositivi di nuova installazione, con buona pace di chi si aspettava una contestuale soluzione al problema sollevato.

Da allora si sono succedute numerose normative, nazionali ed europee, sempre più specifiche e stringenti, a partire dal

primo DM n. 223 del 18/02/1992, nel quale si trova non solo la prima classificazione dei vari tipi di barriera in funzione delle capacità di resistenza (“indice di severità”) ma anche, cosa più importante, una precisa istruzione tecnica per la scelta del dispositivo più adatto per ciascuna tipologia di strada, in funzione del tipo di traffico previsto.

E' evidente che assorbire l'impatto di un veicolo industriale da 40 tonnellate è cosa ben diversa dal trattenere senza danni una Fiat Panda. Per questo motivo, il concetto stesso di guardrail è stato oggetto di una costante evoluzione, e quella che un tempo era una semplice lama montata su paletti metallici a bordo strada si è oggi trasformata in una struttura progettata ad hoc per ogni esigenza, in grado di deformarsi in modo significativo e per lunghi tratti senza spezzarsi, di assorbire grandi quantità di energia e di reagire in modo diverso in funzione della quota in cui avviene l'impatto.

Per ottenere questo risultato, il guardrail moderno, a prescindere dal suo dimensionamento, è normalmente costituito da tre elementi:

- il “nastro”, ovvero una fascia di lamiera nervata da due o più onde che costituisce il primo (ed unico) elemento con cui dovrebbe normalmente venire a contatto il veicolo. È collocato ad una quota da terra tale da interagire in modo ottimale con tutte le principali tipologie di carrozzeria, e al tempo stesso, non interferire con le ruote delle autovetture, rischiando di innescare pericolosi “arrampicamenti” e sollevamenti da terra;
- il “supporto”, ovvero un paletto metallico che, profondamente infisso nel terreno, sostiene il nastro alla giusta quota e ne contrasta lo spostamento verso l'esterno sotto sollecitazione;
- il “distanziale”, ovvero una struttura collassabile interposta tra le due precedenti che assolve alla doppia funzione di arretrare i paletti di sostegno rispetto al nastro ad una distanza tale da renderli irraggiungibili per il veicolo e, ben più importante, di elemento deformabile ad assorbimento di energia, in grado di rendere più graduale l'impatto e la conseguente decelerazione sui veicoli leggeri, preservando al tempo stesso le capacità di massima resistenza della struttura negli urti più violenti.

Il principio di funzionamento è al tempo stesso molto semplice da descrivere ma molto complesso da ottenere. Al primo contatto, il veicolo si “appoggia” sul nastro, spingendolo verso l'esterno. In virtù del progressivo collassamento del distanziale, il nastro si presenta inizialmente cedevole, assecondando la spinta del veicolo ed assorbendone gradualmente l'energia, ma diviene più rigido mano a mano che, con la deformazione, aumenta il numero di punti di appoggio interessati.

Nel caso di veicoli pesanti, si ha il completo collassamento dei distanziali più prossimi, dopodiché iniziano a deformarsi verso l'esterno anche i paletti di supporto, assorbendo maggior energia. In casi limite, dopo il cedimento di tutti i supporti intermedi, il nastro si comporta come una sorta di “fune di sicurezza”, che trattiene il veicolo in traiettoria

lavorando a trazione, ancorata soltanto alle due estremità ai supporti non interessati dall'urto.

Passando per numerosi aggiornamenti (DM 16/10/1996, Dm 03/06/1998, Dm 11/06/1999), la normativa di riferimento si evolve sino alle attuali prescrizioni sovranazionali UNI -EN 1317, che prevedono un vero e proprio "progetto del sistema barriera" personalizzato per ogni singolo tratto stradale in funzione delle esigenze del traffico "prevedibile".

Tutto ciò vale sino a che si parla di autoveicoli. Purtroppo, nel novero dei diversi tipi di veicoli che il guardrail deve essere in grado di proteggere, sono tuttora assenti i motocicli, le cui esigenze risultano di fatto incompatibili con quelle degli autoveicoli.

Mentre questi ultimi differiscono tra loro sostanzialmente solo per massa e dimensioni, presentando però problematiche e comportamenti analoghi, i motocicli si distinguono per due caratteristiche fondamentali:

- il conducente e l'eventuale passeggero si trovano all'esterno del telaio, privi di qualsiasi protezione passiva. Questo comporta che il semplice contatto tangenziale con il nastro del guardrail può rivelarsi fortemente lesivo. Il primo passo verso una barriera "biker-friendly", quindi, dovrebbe essere quello di eliminare tutti gli ostacoli di piccole dimensioni ma elevata aggressività (come i supporti delle gemme catarifrangenti, le tabelle di progressione chilometrica e via di seguito) di cui oggi la superficie del nastro del guardrail è disseminata;
- il motociclo contestualmente alla perdita di controllo può rovesciarsi al suolo lateralmente (ed in genere lo fa), per cui veicolo e motociclista pervengono all'urto contro il guardrail strisciando sull'asfalto, ad un'altezza da terra inferiore a quella minima prescritta per la posa del nastro.

E' questo l'aspetto sostanziale del problema. Se il contatto con il rail non avviene in corrispondenza del nastro, tutto il suo principio di funzionamento va in crisi.

Scivolando a livello del suolo, il corpo del motociclista è infatti in grado di infilarsi sotto al profilo ad onda. Di conseguenza, non solo vengono a mancare la ripartizione della spinta sull'ampia superficie di appoggio del nastro e la funzione decelerante del distanziale, ma, soprattutto, risulta vanificato lo scopo dell'arretramento dei paletti, che in questa specifica situazione divengono l'unico elemento della barriera con cui interagisce il motociclista.

L'impatto contro il paletto - la cui sezione per questioni di leggerezza, praticità ed economia, non è normalmente chiusa bensì a "C" o a "S", e lascia scoperte due pericolose, sottili e taglienti estremità - agisce come una ghigliottina sugli arti del malcapitato, e può causare gravissime lesioni permanenti, non di rado estese sino all'amputazione totale di braccia o gambe.

La presenza della barriera come sinora concepita, quindi, nel caso di incidenti che coinvolgano motocicli risulta un elemento di aggravamento del sinistro anziché un contributo alla sicurezza.

Il problema, noto da lungo tempo, ed oggetto di studi ad hoc,

avrebbe potuto e dovuto essere risolto con l'introduzione a livello europeo dell'obbligo di integrazione in tutte le barriere omologate di dispositivi di protezione specifici per i motociclisti, tramite la normativa EN 1317-8 "Road restraint system - Motorcycle road restraint system which reduce the impact severity of motorcyclist collisions with safety barriers".

Questi sono essenzialmente costituiti da un ulteriore profilo, a sezione chiusa per la minima lesività, collocato in posizione complanare al nastro principale ma a ridotta altezza dal suolo, in grado quindi di intercettare il corpo del motociclista ed impedirgli di incunearsi sotto al nastro stesso. Le sperimentazioni effettuate hanno dimostrato la sostanziale validità di questo accorgimento. Per qualche oscuro motivo, però, il passaggio di questa normativa dallo stadio "di studio" (pr-En1317-8) a quello operativo di prescrizione obbligatoria per tutti gli Stati membri, che avrebbe dovuto avvenire già nel 2011, ha incontrato numerose resistenze ed è tuttora fermo.

Quel che è peggio è che l'esistenza di una norma europea "in itinere" preclude ai singoli Stati membri la possibilità di legiferare in modo indipendente sulla medesima questione, bloccando così l'entrata in vigore in forma obbligatoria e vincolante di qualsiasi equivalente norma nazionale.

Dopo un lungo periodo di impasse, nel 2013, su pressione di alcuni Stati, si è quindi convenuto di declassare la Pr EN 1317-8 da "norma comunitaria obbligatoria" al rango inferiore di "Technical Specification" (TS), rendendola così non vincolante.

Nulla quindi si opporrebbe oggi all'adeguamento di tutte le barriere esistenti sul territorio nazionale secondo i dettami della norma UNI TR11370 «Dispositivi stradali di sicurezza per motociclisti - Classi di prestazioni, modalità di prova e criteri di accettazione», pubblicata sin dal 2010, se non fosse per le immancabili "norme transitorie" presenti in tutti i documenti sin qui citati, a partire dalla circolare ANAS del 1987.

Queste, di fatto, rendono obbligatorio il rispetto dei requisiti via via prescritti solo per le strade di nuova costruzione, permettendo agli Enti proprietari di tratti già in esercizio di rinviare gli adeguamenti a non meglio specificati "importanti rifacimenti".

Cosa più grave, si consente agli Enti proprietari di eseguire le sostituzioni parziali per vetustà o danneggiamento con la medesima tipologia di profili adottati in origine, giustificando tale facoltà con l'urgenza del ripristino e perpetuando così lo stato di fatto.

Soprattutto su strade secondarie, è quindi tutt'altro che raro imbattersi in tratti di guardrail nuovi ma di tipo obsoleto. Questo atteggiamento ha di fatto "cristallizzato" l'adozione dei profili "salvamotociclisti".

L'argomentazione più frequentemente portata dagli Enti a supporto della loro inerzia è che l'aggiunta di un profilo supplementare modificherebbe la rigidità ed il comportamento sotto stress delle barriere già in opera, rendendo necessario un nuovo studio per certificarne la

conformità progettuale in caso di incidente "tradizionale" - molto costoso ed impossibile da eseguire in tempi brevi per tutti i tratti stradali -, e di fatto aprirebbe la strada ad una serie di contenziosi legali in merito all'efficienza e regolarità della barriera ad ogni sinistro con lesioni che dovesse verificarsi.

Tale obiezione, che può apparire pretestuosa all'atto pratico, risulta invece purtroppo fondata dal lato strettamente giuridico, dal momento che i tratti "salvamotociclisti" sono tuttora considerati "sperimentali", e vengono quindi installati sotto la responsabilità dei singoli Enti, che ovviamente esitano ad assumersela. Come spesso accade, quindi, alla base della questione c'è un problema non di volontà ma di costi e di responsabilità, superabile solo con un preciso obbligo legislativo che manlevi i proprietari delle strade dalle possibili conseguenze della modifica.

Ing. Enrico Dinon

PROPOSTA DI LEGGE D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI PRATAVIERA, BRAGANTINI, CAON, MARCOLIN MODIFICA ALL'ARTICOLO 47 DELLA LEGGE 29 LUGLIO 2010, N. 120

Onorevoli colleghi – L'aumento del traffico su strade e autostrade necessita di un aumento dell'attenzione sul tema della sicurezza stradale: nell'anno 2009, l'Europa ha contato 1.150.000 incidenti, 35.000 decessi e 1.500.000 feriti, con un costo per la società europea di circa 160 miliardi di euro (il 10 per cento delle risorse stanziare in campo medico-sanitario). Una delle categorie più esposte agli incidenti stradali è quella dei motociclisti: secondo dati dell'Istituto nazionale di statistico (Istat) in Italia, tra il 2007 e il 2011, circa il 30 per cento delle vittime di sinistri mortali appartiene alla categoria dei motociclista, una percentuale che in valore assoluto, per il solo 2011, corrisponde a 1.088 deceduti, un dato impressionante se si considera che i motociclisti rappresentano una piccola minoranza degli utenti della strada, senza considerare, poi, il numero di motociclisti che sono rimasti feriti, spesso in modo grave. **Al fine di mitigare tali effetti, nel luglio del 2013, circa tre anni fa, la Commissione Trasporti della Camera dei Deputati, ha approvato all'unanimità una risoluzione, che impegnava i Governo a**

ottemperare alle disposizioni della Comunità Europea in materia di salvaguardia degli utenti delle due ruote. Ad oggi, ci tocca purtroppo constatare che poco o nulla è stato fatto dagli enti proprietari e/o concessionari delle strade. Secondo il Motorcycle Accidents in Depth Study, fattori esterni (condizioni meteorologiche, del traffico e delle infrastrutture) determinano circa l'8 per cento degli incidenti motociclistici e ne sono concausa in circa un ulteriore 15 per cento. Le infrastrutture inadeguate sono concausa di incidenti nel 25 per cento dei casi, circa il doppio rispetto alla media europea. Nel 2011 la presenza di ostacoli accidentali o fissi sulla strada ha provocato la morte di 96 centauri e il ferimento di altri 2.033. Questi numeri riconfermano la grande importanza che un intervento sulle infrastrutture può avere nella riduzione degli infortuni per i conducenti di motocicli e di ciclomotori. Un impegno in questa direzione della sfera pubblica comporterebbe anche un forte contenimento dei costi sociali provocati dagli incidenti stradali, la cui cifra ammonta, complessivamente, a 30 miliardi di euro. Molte lesioni permanenti e molti decessi in seguito a cadute con motocicli sono imputabili alle infrastrutture stradali inadeguate, soprattutto le barriere di sicurezza, più che all'impatto dei motocicli con il suolo o con un altro ostacolo. Il protocollo europeo EN 1317-8 (Road restraint system – Motorcycle road restraint system which reduce the impact severity of motorcyclist collisions with safety barriers), studiato dal Comitato europeo per la normalizzazione, è nato con l'obiettivo di mitigare gli effetti dell'urto di un motociclista che, caduto al suolo e separatosi dal motociclo, scivola verso l'ostacolo. Nel giugno scorso, l'Unione europea ha ridotto la proposta di protocollo EN 1317-8 a semplice specifica tecnica, nonostante l'esempio della Spagna avesse dimostrato come potesse essere efficace e nonostante la risoluzione europea 319 del 2010 invitasse a mettere a punto uno standard di omologazione dei guardrail, con test specifici per i motociclisti. L'Italia ha votato a favore del protocollo proposto, ritenendo necessario definire i requisiti, la classificazione e le modalità di valutazione e di accettazione di sistemi volti a migliorare la sicurezza passiva delle barriere di sicurezza stradali e degli ostacoli nei casi di eventuali impatti dei motociclisti e la legge 29 luglio 2010, n. 120, già prevede l'obbligo per gli enti proprietari e concessionari delle strade e delle autostrade nelle quali si registrano più elevati tassi di incidentalità di effettuare specifici interventi di manutenzione straordinaria della sede stradale e autostradale, delle pertinenze, degli arredi, delle attrezzature e degli impianti, nonché di sostituzione, di ammodernamento, di potenziamento, di messa a norma e di manutenzione della segnaletica e delle barriere volti a ridurre i rischi relativi alla circolazione. L'articolo 47 della stessa legge al comma 2 prevede che con decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti siano individuate le tipologie di interventi per la sostituzione della segnaletica obsoleta o danneggiata, per la sostituzione delle barriere obsolete o danneggiate, per l'utilizzo di strumenti e dispositivi, anche realizzati con materiale proveniente da pneumatici usati, idonei a migliorare la sicurezza della circolazione stradale, nonché per la sistemazione, il ripristino e il miglioramento del manto stradale, che devono essere effettuati dagli enti proprietari e concessionari delle strade e delle autostrade. La presente proposta di legge prevede l'adeguamento progressivo dei guardrail a seguito di incidenti.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

1. Dopo il comma 1 dell'articolo 47 della legge 29 luglio 2010, n. 120, è inserito il seguente: «1-bis. Gli enti proprietari e concessionari delle strade di cui al comma 2 dell'articolo 2 del codice della strada, di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, provvedono a modificare o a installare barriere di protezione stradale laterale marginale al fine di mitigare gli effetti dell'urto delle cadute dei motociclisti. Gli enti proprietari e concessionari delle strade devono sostituire tutte le barriere

danneggiate con nuove barriere idonee a mitigare gli effetti dell'urto delle cadute dei motociclisti. In caso di mancata ottemperanza, alle disposizioni del presente comma si applicano le disposizioni di cui all'articolo 650 c.p.».

ART. 2.

1. Agli oneri derivanti dalla disposizione di cui all'articolo 1 della presente legge si provvede anche utilizzando le risorse allo scopo destinate dall'articolo 142, comma 12- quater, del codice della strada, di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285”.

QUANDO LA PASSIONE DI UN POLITICO SI DEDICA ALLA SALVAGUARDIA DELLA VITA

L'ON. EMANUELE PRATAVIERA ILLUSTR I PUNTI DI FORZA DELLA SUA PROPOSTA



In Italia, nonostante vi sia un'affermata tradizione motociclistica, lo Stato ha riservato un'insufficiente attenzione ai dispositivi di sicurezza stradale a tutela dei motociclisti. Crescenti problemi, legati alla capacità di spesa delle amministrazioni, non permettono di prevedere investimenti sulla sostituzione dei guardrail a tutela dei motociclisti. Per questo il Legislatore non procede con l'obbligo di adeguare le protezioni laterali a favore

della sicurezza dei motociclisti. Per contribuire a risolvere la problematica, ho deciso di proporre una legge che obblighi a sostituire i guardrail danneggiati (a seguito di un incidente), con dispositivi che tutelino anche eventuali impatti dei motociclisti, facendo in modo che la copertura economica sia garantita dalle assicurazioni che ripagano il danno al proprietario della strada e al fondo economico derivante dalle sanzioni al codice della strada. In questo modo si otterrebbe in brevissimo tempo un enorme beneficio per accrescere il livello di sicurezza delle nostre infrastrutture viarie.

Questa proposta di legge nasce dalla mia esperienza personale. Come cittadino e motociclista, e come assessore provinciale di Venezia con le deleghe alla Viabilità e alla Sicurezza stradale, ho avuto modo di affrontare la tematica della sicurezza stradale da entrambi i punti di vista: quello dell'utente e quello dell'amministratore pubblico. Io non ritengo che le strade, anche quelle nelle peggiori condizioni, siano da considerare "killer." La strada non possiede né coltelli né pistole. Sicuramente gli amministratori pubblici devono sforzarsi quotidianamente per trovare le soluzioni più appropriate per risolvere le criticità delle infrastrutture stradali. I problemi più rilevanti sono derivanti dai limiti imposti dalla finanza pubblica, i tempi per l'esecuzione delle opere e la scarsa attenzione alla programmazione delle manutenzioni ordinarie.

Oggi ricopro l'incarico di parlamentare e ritengo che sia fondamentale formulare proposte che tengano conto della realtà. Sarebbe stato semplice, per me, proporre una legge che non tenesse in considerazione le casse delle amministrazioni locali, imponendo l'obbligo di adeguare i guardrail con i dispositivi cosiddetti "salva-motociclisti". Invece ho proposto una legge pragmatica che obbliga gli enti gestori delle strade a sostituire i guardrail danneggiati a seguito di un incidente stradale con guardrail nuovi dotati di dispositivi a protezione delle cadute dei motociclisti. Nella stragrande maggioranza dei casi a pagare le spese di riparazione sono le assicurazioni, pertanto per l'ente pubblico non ci sarebbe alcuna spesa diretta da sostenere. Ecco perché questa proposta rappresenta un "uovo di Colombo" che contribuisce a risolvere il problema. Oltre a sostituire i guardrail direttamente danneggiati e quindi intervenire in tratti stradali cosiddetti "neri", la proposta di legge contribuisce anche a promuovere quella cultura della sicurezza stradale necessaria ai nostri amministratori per investire direttamente nelle infrastrutture a tutela dei motociclisti

On. Emanuele Prataciera



LA GIURISPRUDENZA PREVALENTE IN MATERIA DI MALASANITÀ

I diritti e le tutele che la Corte di Cassazione civile valorizza a difesa dei pazienti quale parte debole in caso di errore medico

DAL “CONTATTO SOCIALE” ALL’INVERSIONE DELL’ONERE DELLA PROVA

L’evoluzione della giurisprudenza sulla responsabilità medica nella sua definizione di contratto tra medico e paziente

LA SENTENZA

Cassazione civile Sezioni Unite
n. 577/2008

SI OPERA DI CARCINOMA E SI PRENDE ANCHE UNA GRAVE INFEZIONE

L’odissea di una giovane, vittima di un caso “tipico” di malasanità

DAL “CONTATTO SOCIALE” ALL’INVERSIONE DELL’ONERE DELLA PROVA

L’EVOLUZIONE DELLA GIURISPRUDENZA SULLA RESPONSABILITÀ MEDICA NELLA SUA DEFINIZIONE DI CONTRATTO TRA MEDICO E PAZIENTE

L'evoluzione della responsabilità medica dall'applicazione dell'art. 2043 c.c. al contratto è caratterizzata da un percorso quasi esclusivamente giurisprudenziale di regole rivolte alla tutela del paziente che lamenti di non aver ottenuto dall'intervento sanitario il risultato auspicato. L'attuale orientamento si caratterizza per l'abbandono di parametri decisionali che in passato avevano dato origine, nel “sottosistema” della responsabilità medica, a un insieme di regole che avevano messo in dubbio la sistemica distinzione tra responsabilità contrattuale e responsabilità extracontrattuale. In giurisprudenza, in particolare nelle sentenze delle sezioni unite della Cassazione, si è affermato nel tempo un orientamento diretto ad estendere l'applicazione delle regole della responsabilità contrattuale, più idonee ad assicurare la massima tutela per il danneggiato. Significativa, al riguardo, la sentenza delle sezioni unite n. 26972/2008 relativa all'ambito di applicazione del danno non patrimoniale. Cristallina la motivazione nelle parti in cui afferma: “se l'inadempimento dell'obbligazione determina, oltre alla violazione degli obblighi di rilevanza economica assunti con il contratto, anche la lesione di un diritto inviolabile della persona del creditore, la tutela risarcitoria del danno non patrimoniale potrà essere versata nell'azione di responsabilità contrattuale, senza ricorrere all'espedito del cumulo di azioni”. Pertanto all'odierno approccio in tema di responsabilità medica si è arrivati gradualmente. Il primo passo è consistito nell'aver ricondotto il rapporto del paziente con la struttura pubblica o privata al contratto atipico di ospitalità o di assistenza sanitaria, contratto misto o complesso, cui si applicano le norme del

contratto d'opera professionale solo qualora compatibili (Cass. sez. un. n. 9556/2002).

Il contratto di ospitalità genera l'obbligo della struttura a fornire prestazioni che sono poste in essere dai medici e dal personale dipendente. Per tali prestazioni la struttura è responsabile indirettamente in forza dell'art. 1228 c.c. Risulta irrilevante il rapporto che lega il medico alla struttura. Anche in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, si ritiene che in ogni caso sussista un collegamento tra la prestazione del medico e l'organizzazione aziendale dell'ospedale. La struttura e il medico rispondono nei confronti del paziente danneggiato in solido.

La struttura pubblica o privata è inoltre responsabile direttamente ex art. 1218 c.c. per i danni derivanti da disfunzioni dell'organizzazione (carenze strutturale, difetto di organizzazione anche relativamente alla sicurezza e alla manutenzione delle attrezzature e dei macchinari, infezioni ospedaliere, sterilizzazione della sala operatoria, omessa adozione dei sistemi di sicurezza, vigilanza e custodia dei pazienti). Si reputa che la responsabilità contrattuale della struttura per inefficienza dei servizi e delle attrezzature si basi sul dovere di comportarsi secondo le regole della correttezza e della buona fede (artt. 1175 e 1375 c.c.). Il medico deve informare il paziente a rischio sulla efficienza organizzativa della struttura ed, eventualmente, consigliare il ricovero in altra struttura che dia maggiori garanzie di sicurezza. Le leggi regionali di accreditamento che stabiliscono gli standard di sicurezza e qualità possono essere validi criteri di riferimento. Al riguardo, si precisa che la prima decisione sulla responsabilità per difetto di organizzazione risale al 1995 (v. Trib. Monza 7 giugno 1995; v., Cass. 16 maggio 2000 n. 6318; Trib. Brescia 28/12/2004).

Si afferma pertanto l'accoglimento giurisprudenziale della teoria del cosiddetto “contatto sociale” come fonte dell'obbligazione del medico dipendente e conseguente superamento della responsabilità extracontrattuale, circostanza che ha segnato una svolta decisiva verso la omogeneizzazione della responsabilità medica. Secondo la dottrina e la giurisprudenza più risalenti nel tempo, si riteneva che, con l'accettazione del paziente, si instaurasse un rapporto contrattuale soltanto con l'ente. Il medico invero, estraneo al contratto, rispondeva per i danni causati dal trattamento terapeutico secondo le regole della responsabilità aquiliana. La Cassazione, con la sentenza n. 2750/1988 (seguita da Cass. 2428/1990), invertiva l'orientamento, affermando che la responsabilità dell'ente e la responsabilità del medico dipendente hanno entrambe radice nell'esecuzione non diligente della prestazione sanitaria, e pertanto sono entrambi responsabili secondo le regole contrattuali di tipo professionale. Tale orientamento è culminato nella sentenza della Cass. n. 589/1999, che ha giustificato l'applicabilità delle regole della responsabilità contrattuale ai medici dipendenti sulla base del c.d. “contatto sociale”. Il paziente, in assenza di contratto, non potrà pretendere la prestazione sanitaria dal medico, ma se il medico in ogni caso interviene, l'esercizio della sua attività non potrà essere differente nel contenuto da quello

che abbia come fonte un comune contratto.

Il superamento del sotto sistema della responsabilità medica come insieme di regole tra responsabilità contrattuale ed aquiliana, è stato altresì favorito dall'esplicito ripudio giurisprudenziale della distinzione tra obbligazione di mezzi e obbligazioni di risultato. La sentenza della Cassazione Sez. un. 15781/2005, in tema di responsabilità del progettista, è la prima importante sentenza che ha preso posizione sulla storica distinzione, ma sono da menzionare, in tema di responsabilità medica, anche Cass. 8826/2007 e Cass. Sez. un. 577/2008. La classica distinzione, utilizzata al fine di risolvere problemi di ordine pratico, aveva lasciato sopravvivere, per le obbligazioni di mezzi o di diligenza, la regola di responsabilità basata sulla colpa, analoga a quella dell'art. 2043 c.c., e il conseguente onere probatorio a carico del paziente insoddisfatto.

Al fine di mantenere la coerenza del sistema, non essendo giustificabile la compresenza di regole diverse di responsabilità, già da tempo, in dottrina, si contestava la validità della distinzione, dimostrandosi invece che in ogni obbligazione si richiede la compresenza sia del comportamento diligente del debitore ex art. 1176 c.c., sia di un risultato utile per il creditore, anche se i due momenti si presentano in proporzione variabile a seconda del contenuto dell'obbligazione.

Eliminata la distinzione delle due specie di obbligazione, si afferma che la responsabilità per inadempimento va regolata da una sola norma, quella contenuta nell'art. 1218 c.c., con il conseguente onere della prova liberatoria a carico del debitore. Considerando l'obbligazione medica una tipica obbligazione di mezzi, la regola di base era la seguente: il paziente-creditore doveva provare la colpa, il danno e il nesso di causalità materiale; incombeva al sanitario provare l'impossibilità a lui non imputabile della perfetta esecuzione della prestazione. Con riferimento al rapporto tra prestazione dovuta e complessità della fattispecie alla regola di base furono affiancate altre due regole.

La prima prevedeva che, per gli atti medici che avessero richiesto la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, con riferimento alla sola imperizia (art. 2236c.c.), il medico doveva provare la speciale difficoltà, mentre al paziente toccava la prova del dolo o della colpa grave.

La seconda comportava che per gli atti medici di facile esecuzione o di routine dai quali fosse derivato un esito lesivo, la negligenza del medico veniva presunta per cui il paziente creditore poteva limitarsi a provare che l'intervento era di quelli il cui esito positivo era considerato dalla scienza medica sicuro, con una probabilità prossima al 100%, mentre rimaneva a carico del medico debitore la prova che la prestazione era stata diligente e che il risultato infausto era dovuto a un fatto a lui non imputabile. La prima decisione in tal senso risale alla sentenza della Cassazione n. 6141/1978.

Sulla questione del nesso di causalità si discuteva: in alcune sentenze si affermava che la presunzione riguardava solo la negligenza medica, per cui il nesso di causalità materiale doveva essere oggetto di prova a parte a carico dell'attore; in altre sentenze si reputava che la presunzione si estendesse anche al nesso causale.

Tuttavia, sarà l'affermazione del principio della cosiddetta vicinanza della prova e del nuovo assetto della ripartizione dell'onere della prova in caso di inadempimento o di inesatto adempimento a dare l'avvio, nei primissimi anni Duemila, a un nuovo corso della responsabilità civile medica. A differenza di quanto sostenuto da dottrina e giurisprudenza in applicazione dell'art 2967 c.c., le sezioni unite reputano che "anche nel caso in cui sia dedotto l'inesatto adempimento, al creditore istante sarà sufficiente la mera allegazione dell'inesattezza dell'adempimento, gravando ancora una volta sul debitore l'onere di dimostrare l'avvenuto, esatto adempimento". Una prima applicazione di tale regola in campo medico rileva nella sentenza della Cassazione n. 9471/2004 dove, intesa l'obbligazione del medico come obbligazione di risultato, la Corte reputa che l'attore, il paziente danneggiato, possa limitarsi alla mera allegazione dei profili di colpa medica (l'inadempimento del medico) posti a fondamento dell'azione, e che invece tocchi al medico la prova dell'incolpevolezza dell'inadempimento, ossia dell'impossibilità non imputabile. L'allegazione è intesa nella sentenza come "contestazione dell'aspetto colposo dell'attività medica secondo quello che si ritengano essere in un dato momento storico le cognizioni ordinarie di un non professionista": quindi, generica contestazione della colpa per categorie generali (omessa informazione dei rischi, adozione di tecniche non sperimentate in luogo di protocolli collaudati, negligenza). Ricorre al principio della vicinanza della prova anche la Cassazione con la sentenza 10297/2004, nella quale si ribadisce che quella del medico e della struttura è una obbligazione di mezzi per cui l'inadempimento consiste nell'aver tenuto un comportamento non conforme alla diligenza richiesta, mentre il mancato raggiungimento del risultato può costituire danno consequenziale. Inoltre, in tema di onere della prova, si reputa che non ha senso distinguere tra interventi di facile esecuzione e prestazioni implicanti la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, in quanto l'allocazione del rischio non può dipendere dalla maggiore o minore difficoltà della prestazione. Il paziente che agisce in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria deve provare il contratto e/o il "contatto sociale", l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento, restando a carico dell'obbligato medico la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti peggiorativi siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile. La principale novità della decisione sta nell'abbandono della distinzione tra interventi facili e difficili. Superato il sistema di regole che avevano governato la responsabilità medica fino alla fine del secolo, proprio con riferimento al superamento della distinzione tra obbligazione di mezzi e obbligazioni di risultato, a pochi mesi di distanza vengono pubblicate due sentenze per ovviare alla difficoltà di individuare il "risultato utile" del trattamento, cui fa affidamento il paziente, e per stabilire quando la negligenza è causa del danno e fonte di responsabilità.

Premesso che l'inadempimento medico consiste nella violazione del diritto del paziente alla conformità ai canoni della perizia professionale del comportamento del debitore (i canoni della perizia sono indicati dai protocolli scientifici, dalle linee guida che, accreditati da società scientifiche, diventano PDT – Percorsi Diagnostico-Terapeutici), la Suprema Corte con la sentenza n. 8826/2007 reputa che il medico e l'ente siano contrattualmente impegnati a realizzare il risultato dovuto, ovvero il risultato conseguibile secondo criteri di normalità, da apprezzarsi in relazione alle condizioni del paziente, all'abilità tecnica del medico e alla capacità tecnico-organizzativa della struttura. Il risultato dovuto non è quello netto e predefinito stabilito al di fuori del rapporto negoziale, ma solo quello che si modella caso per caso in relazione alle peculiarità della fattispecie concreta. Anche "lo stato di inalterazione e di non risolutività" del difetto, per i giudici di legittimità, è indice sintomatico dell'inadempimento del medico. Inoltre, si reputa irrilevante se la prestazione sia di facile esecuzione o se implichi la soluzione di problemi di speciale difficoltà, distinzione che secondo la Corte dovrebbe valere solamente ai fini della valutazione del grado di diligenza e del corrispondente grado di colpa del sanitario. In definitiva, il paziente deve provare il contratto e/o il contatto sociale e allegare la difformità della prestazione ricevuta rispetto al modello normalmente realizzato da una condotta improntata alla dovuta diligenza. Al debitore medico, presunta la colpa, incombe l'onere di provare, sulla base della vicinanza della prova, che la prestazione è stata esattamente eseguita o che l'inesattezza dipende da causa a lui non imputabile.

E' stato osservato che tale sentenza mette sul tappeto due questioni: a) trasferisce impropriamente l'uso del dato probabilistico dall'indagine sul nesso causale all'indagine sul risultato ottenuto; b) non dà soluzione ai casi in cui non c'è evidenza chiara di cosa sia normale attendersi dall'attività del medico.

Seguiranno tuttavia alcune sentenze reazionarie, tendenti a ridurre l'incisività del nuovo orientamento, in ogni caso superate da interventi delle sezioni unite con una serie di sentenze. In particolare, sul problema della prova si richiama la Cass. Sez. un. 577/2008: "il paziente danneggiato deve provare il contratto o il contatto sociale e il danno (l'aggravamento della patologia o l'insorgenza di una affezione nuova) e allegare un inadempimento qualificato, cioè astrattamente efficiente alla produzione del danno". Le sezioni unite pongono l'accento sul nesso di causalità per cui l'allegazione del debitore non dovrebbe attenere ad un inadempimento, qualunque esso sia, ma solo a quello che costituisce astrattamente causa o concausa efficiente del danno. Presunto il nesso eziologico, comperterà al medico convenuto dimostrare o che tale inadempimento non vi è proprio stato ovvero che, pur esistendo, non è stato nella fattispecie causa del danno. Risulta di tutta evidenza che tale assetto dei carichi probatori è tutto sbilanciato a carico del medico, con conseguente rischio del collasso del sistema assicurativo e dell'aumento della c.d. medicina difensiva. Va comunque sottolineato che il passaggio dalla responsabilità aquiliana (art. 2043 c.c.) alla responsabilità

contrattuale (art. 1218 c.c.) comporta già di per sé una modifica in ordine all'onere della prova: nel primo caso l'onere della prova della colpa del danno e del nesso di causalità è a carico del danneggiato, con la conseguenza che le cause ignote rimangono a suo carico; nella responsabilità contrattuale le posizioni sono rovesciate perché spetta al debitore provare i fatti estintivi dell'inadempimento, e se tale prova non riesce, le cause ignote saranno addebitate al debitore inadempiente. Le regole sull'onere della prova, tra l'altro, non possono essere modificate dalla giurisprudenza, la quale invece può fornire soltanto moduli argomentativi per favorire un approccio più concreto e realistico al problema dell'individuazione dei temi di prova posti a carico di debitore e creditore.

E' appena il caso di ricordare che "l'onere della prova non attiene alla formazione del convincimento del giudice, bensì a una regola di giudizio che si propone qualora la fase di valutazione delle prove si sia chiusa con esito negativo, lasciando il giudice nell'incertezza sui fatti che devono costituire l'oggetto della decisione".

Tuttavia, la rigida applicazione delle regole contrattuali alla responsabilità medica si espone a non poche riserve. E' auspicabile, infatti, che la giurisprudenza ridimensioni tale intransigente approccio e che si ritorni a modelli più flessibili sacrificando la coerenza del sistema.

Quanto sopra, cercando di salvare i giusti diritti del danneggiato anche in termini di favore processuale e di dimostrazione del danno, senza determinare per la collettività, come sopra evidenziato, un aggravio di costi assicurativi, oltre che, fenomeno e reazione ancora più grave, ingenerare una incontrollabile diffusione di medicina difensiva e di rifiuto da parte del personale sanitario, circostanza che risulterebbe nel suo complesso, per i pazienti, addirittura peggiore dell'errore medico.

Dott. Andrea Milanese
Direttore Tecnico di Studio 3A

LA SENTENZA CASSAZIONE CIVILE SEZIONI UNITE N.577/2008



La Corte Suprema di Cassazione Sezioni Unite civili composta dagli Ill.mi (...) ha pronunciato la seguente sentenza sul ricorso proposto da G. G., elettivamente domiciliato in Roma (...) presso lo studio dell'avvocato Scianni Salvatore, che

lo rappresenta e difende unitamente all'avvocato Suraci Vincenzo (...) - ricorrente -
 contro
 S.P.A. Riunione Adriatica di Sicurtà, in persona del legale rappresentante pro tempore, elettivamente domiciliata in Roma (...) presso lo studio dell'avvocato Spadafora Giorgio, che la rappresenta e difende (...) - controricorrente -
 e contro
 T. G., T. A., T. F., nella qualità di eredi di TU. GI. elettivamente domiciliati in Roma (...), presso lo studio dell'avvocato Costi Daniele, che li rappresenta e difende - controricorrente -
 e contro
 A.S.S.A. Azienda Sanitaria Società Azionaria S.p.A, in persona del legale rappresentante pro tempore, elettivamente domiciliata in Roma (...), presso lo studio dell'avvocato Iolanda Chimento, che la rappresenta e difende unitamente agli avvocati Giuseppe Graziano, Candreva Francesco - controricorrente -
 avverso la sentenza n. 1417/02 della Corte d'Appello di Roma, depositata il 09/04/02;
 udita la relazione della causa svolta nella pubblica udienza del 20/11/07 dal Consigliere Dott. Antonio Segreto; uditi gli avvocati Salvatore Scianni Giorgio Spadafora, Iolanda Chimento; udito il P.M. in persona dell'Avvocato Generale Dott. Iannelli Domenico, che ha concluso per l'accoglimento per quanto di ragione del ricorso.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con citazione notificata il 7.11.1995, G.G., assumendo di aver contratto l'epatite "C" con le trasfusioni praticategli in occasione di un intervento chirurgico su di lui eseguito dal dr. T. il (omissis) presso la casa di cura (omissis), appartenente alla S.p.a. Assa, citò davanti al tribunale di Roma quest'ultima, G., A. e T. F., quali eredi di Tu .Gi., per il risarcimento dei danni. Si costituivano i convenuti, nonché la chiamata in causa S.P.A. Riunione Adriatica di Sicurtà, quale assicuratrice della società Assa. Il tribunale di Roma rigettava la domanda. Proponeva appello l'attore. La Corte di appello di Roma, con sentenza depositata il 9.4.2002, rigettava l'appello. Riteneva la corte di merito che l'attore non aveva provato il nesso di causalità tra l'emotrasfusione e l'epatite C, poiché non era stato provato con la documentazione, tempestivamente prodotta, che alla data del ricovero non fosse portatore già della patologia lamentata, come avevano concluso i c.t.u., mentre non poteva tenersi conto della documentazione relativa ad esami ematici effettuati, prodotta dall'attore in primo grado dopo i termini di cui all'art. 184 c.p.c., e riprodotta in appello. Riteneva poi il giudice di appello che nessun valore probatorio potesse attribuirsi al verbale della Commissione medico-ospedaliera, che, ai sensi della L. n. 210 del 1992, art. 4, aveva accertato tale nesso causale tra epatite e trasfusione in questione. Avverso questa sentenza ha proposto ricorso per cassazione l'attore.

Resistono con controricorso gli intimati. La s.p.a. Assa e la s.p.a. Ras hanno presentato memorie.

MOTIVI DELLA DECISIONE

1. La causa è stata rimessa alle Sezioni Unite, presentando

questioni di massima di particolare importanza relative: alla responsabilità della struttura sanitaria nei confronti del paziente; alla ripartizione dell'onere probatorio in materia di responsabilità medica.

Con l'unico motivo di ricorso il ricorrente lamenta la violazione e falsa applicazione dell'art. 2697 c.c., la violazione degli artt. 113 e 115 c.p.c., ed il vizio di motivazione, a norma dell'art. 360 c.p.c., nn. 3 e 5.

Assume il ricorrente che erratamente la corte di appello non ha preso in esame la documentazione prodotta in appello e relativa agli accertamenti sanitari effettuati nel (omissis), da cui risultava che non era affetto da epatite. Lamenta poi che erratamente la sentenza impugnata ha ritenuto che fosse onere di esso attore provare il nesso causale tra emotrasfusione e l'epatite C di cui soffriva, nonché provare che esso attore non fosse già portatore di tale malattia al momento del ricovero. 2. Il motivo va accolto nei termini che seguono. E' infondata la censura secondo cui erratamente il giudice di appello non ha tenuto conto della documentazione sanitaria esibita in grado di appello e relativa al suo stato di salute precedentemente al ricovero, trattandosi di prove precostituite.

Come queste S.U. hanno già statuito, nel rito ordinario, con riguardo alla produzione di nuovi documenti in grado di appello, l'art. 345 c.p.c., comma 3, va interpretato nel senso che esso fissa sul piano generale il principio dell'inammissibilità di mezzi di prova "nuovi" - la cui ammissione, cioè, non sia stata richiesta in precedenza - e, quindi, anche delle produzioni documentali, indicando nello stesso tempo i limiti di tale regola, con il porre in via alternativa i requisiti che tali documenti, al pari degli altri mezzi di prova, devono presentare per poter trovare ingresso in sede di gravame (sempre che essi siano prodotti, a pena di decadenza, mediante specifica indicazione degli stessi nell'atto introduttivo del giudizio di secondo grado, a meno che la loro formazione non sia successiva e la loro produzione non sia stata resa necessaria in ragione dello sviluppo assunto dal processo): requisiti consistenti nella dimostrazione che le parti non abbiano potuto proporli prima per cause a esse non imputabili, ovvero nel convincimento del Giudice della indispensabilità degli stessi per la decisione. Peraltro, nel rito ordinario, risultando il ruolo del giudice nell'impulso del processo meno incisivo che nel rito del lavoro, l'ammissione di nuovi mezzi di prova ritenuti indispensabili non può comunque prescindere dalla richiesta delle parti (Cass. Sez. Unite, 20/04/2005, n. 8203).

3.1. Sono invece fondate le altre censure sollevate nel motivo di ricorso. Per quanto concerne la responsabilità della struttura sanitaria nei confronti del paziente, è irrilevante che si tratti di una casa di cura privata o di un ospedale pubblico in quanto sostanzialmente equivalenti sono a livello normativo gli obblighi dei due tipi di strutture verso il fruitore dei servizi, ed anche nella giurisprudenza si riscontra una equiparazione completa della struttura privata a quella pubblica quanto al regime della responsabilità civile anche in considerazione del fatto che si tratta di violazioni che incidono sul bene della salute, tutelato quale diritto fondamentale dalla Costituzione, senza possibilità di limitazioni di responsabilità o differenze

risarcitorie a seconda della diversa natura, pubblica o privata, della struttura sanitaria (Cass. 25.2.2005, n. 4058). Questa Corte ha costantemente inquadrato la responsabilità della struttura sanitaria nella responsabilità contrattuale, sul rilievo che l'accettazione del paziente in ospedale, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto (Cass. n. 1698 del 2006; Cass. n. 9085 del 2006; Cass. 28.5.2004, n. 10297; Cass. 11 marzo 2002, n. 3492; 14 luglio 2003, n. 11001; Cass. 21 luglio 2003, n. 11316). A sua volta anche l'obbligazione del medico dipendente dalla struttura sanitaria nei confronti del paziente, ancorché non fondata sul contratto, ma sul "contatto sociale", ha natura contrattuale (Cass. 22 dicembre 1999, n. 589; Cass. 29.9.2004, n. 19564; Cass. 21.6.2004, n. 11488; Cass. n. 9085 del 2006).

3.2. Per diverso tempo tale legame contrattuale è stato interpretato e disciplinato sulla base dell'applicazione analogica al rapporto paziente-struttura delle norme in materia di contratto di prestazione d'opera intellettuale vigenti nel rapporto medico-paziente, con il conseguente e riduttivo appiattimento della responsabilità della struttura su quella del medico. Da ciò derivava che il presupposto per l'affermazione della responsabilità contrattuale della struttura fosse l'accertamento di un comportamento colposo del medico operante presso la stessa. Più recentemente, invece, dalla giurisprudenza il suddetto rapporto è stato riconsiderato in termini autonomi dal rapporto paziente-medico, e riqualficato come un autonomo ed atipico contratto a prestazioni corrispettive (da taluni definito contratto di ospedalità, da altri contratto di assistenza sanitaria) al quale si applicano le regole ordinarie sull'inadempimento fissate dall'art. 1218 c.c.. Da ciò consegue l'apertura a forme di responsabilità autonome dell'ente, che prescindono dall'accertamento di una condotta negligente dei singoli operatori, e trovano invece la propria fonte nell'inadempimento delle obbligazioni direttamente riferibili all'ente. Questo percorso interpretativo, anticipato dalla giurisprudenza di merito, ha trovato conferma in una sentenza di queste Sezioni Unite (1.7.2002, n. 9556, seguita poi da altre delle sezioni semplici, Cass. n. 571 del 2005; Cass. n. 1698 del 2006), che si è espressa in favore di una lettura del rapporto tra paziente e struttura (anche in quel caso, privata) che valorizzi la complessità e l'atipicità del legame che si instaura, che va ben oltre la fornitura di prestazioni alberghiere, comprendendo anche la messa a disposizione di personale medico ausiliario, paramedico, l'apprestamento di medicinali e di tutte le attrezzature necessarie anche per eventuali complicazioni. In virtù del contratto, la struttura deve quindi fornire al paziente una prestazione assai articolata, definita genericamente di "assistenza sanitaria", che ingloba al suo interno, oltre alla prestazione principale medica, anche una serie di obblighi c.d. di protezione ed accessori.

3.3. Così ricondotta la responsabilità della struttura ad un autonomo contratto (di ospedalità), la sua responsabilità per inadempimento si muove sulle linee tracciate dall'art. 1218 c.c., e, per quanto concerne le obbligazioni mediche che essa svolge per il tramite dei medici propri ausiliari, l'individuazione del fondamento di responsabilità dell'ente nell'inadempimento di

obblighi propri della struttura consente quindi di abbandonare il richiamo, alquanto artificioso, alla disciplina del contratto d'opera professionale e di fondare semmai la responsabilità dell'ente per fatto del dipendente sulla base dell'art. 1228 c.c..

3.4. Questa ricostruzione del rapporto struttura-paziente va condivisa e confermata. Ciò comporta che si può avere una responsabilità contrattuale della struttura verso il paziente danneggiato non solo per il fatto del personale medico dipendente, ma anche del personale ausiliario, nonché della struttura stessa (insufficiente o inadeguata organizzazione). Dalla ricostruzione in termini autonomi del rapporto struttura-paziente rispetto al rapporto paziente-medico, discendono importanti conseguenze sul piano dell'affermazione di responsabilità in primo luogo, ed anche sul piano della ripartizione e del contenuto degli oneri probatori. Infatti, sul piano della responsabilità, ove si ritenga sussistente un contratto di ospedalità tra clinica e paziente, la responsabilità della clinica prescinde dalla responsabilità o dall'eventuale mancanza di responsabilità del medico in ordine all'esito infausto di un intervento o al sorgere di un danno che, come nel caso di specie, non ha connessione diretta con l'esito dell'intervento chirurgico. Non assume, in particolare, più rilevanza, ai fini della individuazione della natura della responsabilità della struttura sanitaria se il paziente si sia rivolto direttamente ad una struttura sanitaria del SSN, o convenzionata, oppure ad una struttura privata o se, invece, si sia rivolto ad un medico di fiducia che ha effettuato l'intervento presso una struttura privata. In tutti i predetti casi è ipotizzabile la responsabilità contrattuale dell'Ente.

4.1. Inquadrata nell'ambito contrattuale la responsabilità della struttura sanitaria e del medico, nel rapporto con il paziente, il problema del riparto dell'onere probatorio deve seguire i criteri fissati in materia contrattuale, alla luce del principio enunciato in termini generali dalle Sezioni Unite di questa Corte con la sentenza 30 ottobre 2001, n. 13533, in tema di onere della prova dell'inadempimento e dell'inesatto adempimento. Le Sezioni Unite, nel risolvere un contrasto di giurisprudenza tra le sezioni semplici, hanno enunciato il principio - condiviso da questo Collegio - secondo cui il creditore che agisce per la risoluzione contrattuale, per il risarcimento del danno, ovvero per l'adempimento deve dare la prova della fonte negoziale o legale del suo diritto, limitandosi alla mera allegazione della circostanza dell'inadempimento della controparte, mentre il debitore convenuto è gravato dell'onere della prova del fatto estintivo, costituito dall'avvenuto adempimento. Analogo principio è stato enunciato con riguardo all'inesatto adempimento, rilevando che al creditore istante è sufficiente la mera allegazione dell'inesattezza dell'adempimento (per violazione di doveri accessori, come quello di informazione, ovvero per mancata osservanza dell'obbligo di diligenza, o per difformità quantitative o qualitative dei beni), gravando ancora una volta sul debitore l'onere di dimostrare l'avvenuto, esatto adempimento.

4.2. La giurisprudenza delle sezioni semplici di questa Corte, applicando questo principio all'onere della prova nelle cause di responsabilità professionale del medico ha ritenuto che gravasse sull'attore (paziente danneggiato che agisce in giudizio deducendo l'inesatto adempimento della prestazione

sanitaria) oltre alla prova del contratto, anche quella dell'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie, nonché la prova del nesso di causalità tra l'azione o l'omissione del debitore e tale evento dannoso, allegando il solo inadempimento del sanitario. Resta a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento, cioè di aver tenuto un comportamento diligente (Cass. n. 12362 del 2006; Cass. 11.11.2005, n. 22894; Cass. 28.5.2004, n. 10297; Cass. 3.8.2004, n. 14812).

4.3. Il punto relativo alla prova del nesso di causalità non può essere condiviso, nei termini in cui è stato enunciato, poiché esso risente implicitamente della distinzione tra obbligazioni di mezzi ed obbligazioni di risultato, che se può avere una funzione descrittiva, è dogmaticamente superata, quanto meno in tema di riparto dell'onere probatorio dalla predetta sentenza delle S.U. n. 13533/2001 (vedasi anche S.U. 28.7.2005, n. 15781).

5.1. La dottrina ha assunto posizioni critiche sull'utilizzo della distinzione tra obbligazioni di mezzi e di risultato, la quale, ancorché operante soltanto all'interno della categoria delle obbligazioni di fare (a differenza che in Francia dove rappresenta una summa divisio valida per tutte le obbligazioni), ha originato contrasti sia in ordine all'oggetto o contenuto dell'obbligazione, sia in relazione all'onere della prova e, quindi, in definitiva, allo stesso fondamento della responsabilità del professionista. Come insegna la definizione tradizionale, nelle obbligazioni di mezzi la prestazione dovuta prescinde da un particolare esito positivo dell'attività del debitore, che adempie esattamente ove svolga l'attività richiesta nel modo dovuto. In tali obbligazioni è il comportamento del debitore ad essere in obbligazione, nel senso che la diligenza è tendenzialmente considerata quale criterio determinativo del contenuto del vincolo, con l'ulteriore corollario che il risultato è caratterizzato dall'aleatorietà, perché dipende, oltre che dal comportamento del debitore, da altri fattori esterni oggettivi o soggettivi. Nelle obbligazioni di risultato, invece, ciò che importa è il conseguimento del risultato stesso, essendo indifferente il mezzo utilizzato per raggiungerlo. La diligenza opera solo come parametro, ovvero come criterio di controllo e valutazione del comportamento del debitore: in altri termini, è il risultato cui mira il creditore, e non il comportamento, ad essere direttamente in obbligazione.

5.2. Tale impostazione non è immune da profili problematici, specialmente se applicata proprio alle ipotesi di prestazione d'opera intellettuale, in considerazione della struttura stessa del rapporto obbligatorio e tenendo conto, altresì, che un risultato è dovuto in tutte le obbligazioni.

In realtà, in ogni obbligazione si richiede la compresenza sia del comportamento del debitore che del risultato, anche se in proporzione variabile, sicché molti Autori criticano la distinzione poiché in ciascuna obbligazione assumono rilievo così il risultato pratico da raggiungere attraverso il vincolo, come l'impegno che il debitore deve porre per ottenerlo.

5.3. Dalla casistica giurisprudenziale emergono spunti interessanti in ordine alla dicotomia tra obbligazione di mezzi e di risultato, spesso utilizzata al fine di risolvere problemi di ordine

pratico, quali la distribuzione dell'onere della prova e l'individuazione del contenuto dell'obbligo, ai fini del giudizio di responsabilità, operandosi non di rado, per ampliare la responsabilità contrattuale del professionista, una sorta di metamorfosi dell'obbligazione di mezzi in quella di risultato, attraverso l'individuazione di doveri di informazione e di avviso (cfr. segnatamente, per quanto riguarda la responsabilità professionale del medico: Cass. 19.5.2004, n. 9471), definiti accessori ma integrativi rispetto all'obbligo primario della prestazione, ed ancorati a principi di buona fede, quali obblighi di protezione, indispensabili per il corretto adempimento della prestazione professionale in senso proprio.

5.4. Sotto il profilo dell'onere della prova, la distinzione (talvolta costruita con prevalente attenzione alla responsabilità dei professionisti intellettuali e dei medici in particolare) veniva utilizzata per sostenere che mentre nelle obbligazioni di mezzi, essendo aleatorio il risultato, sul creditore incombesse l'onere della prova che il mancato risultato era dipeso da scarsa diligenza, nelle obbligazioni di risultato, invece, sul debitore incombeva l'onere della prova che il mancato risultato era dipeso da causa a lui non imputabile.

5.5. Ma anche sotto tale profilo la distinzione è stata sottoposta a revisione sia da parte della giurisprudenza che della dottrina. Infatti, come detto, questa Corte (sent. n. 13533/2001) ha affermato che il meccanismo di ripartizione dell'onere della prova ai sensi dell'art. 2697 c.c. in materia di responsabilità contrattuale (in conformità a criteri di ragionevolezza per identità di situazioni probatorie, di riferibilità in concreto dell'onere probatorio alla sfera di azione dei singoli soggetti e di distinzione strutturale tra responsabilità contrattuale e da fatto illecito) è identico, sia che il creditore agisca per l'adempimento dell'obbligazione, ex art. 1453 c.c., sia che domandi il risarcimento per l'inadempimento contrattuale, ex art. 1218 c.c., senza richiamarsi in alcun modo alla distinzione tra obbligazioni di mezzi e di risultato.

6.1. Prestata piena adesione al principio espresso dalla pronunzia suddetta, ritengono queste S.U. che l'inadempimento rilevante nell'ambito dell'azione di responsabilità per risarcimento del danno nelle obbligazioni così dette di comportamento non è qualunque inadempimento, ma solo quello che costituisce causa (o concausa) efficiente del danno. Ciò comporta che l'allegazione del creditore non può attenersi ad un inadempimento, qualunque esso sia, ma ad un inadempimento, per così dire, qualificato, e cioè astrattamente efficiente alla produzione del danno. Competerà al debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è proprio stato ovvero che, pur esistendo, non è stato nella fattispecie causa del danno.

6.2. Nella fattispecie, quindi, avendo l'attore provato il contratto relativo alla prestazione sanitaria (ed il punto non è in contestazione) ed il danno assunto (epatite), allegando che i convenuti erano inadempienti avendolo sottoposto ad emotrasfusione con sangue infetto, competeva ai convenuti fornire la prova che tale inadempimento non vi era stato, poiché non era stata effettuata una trasfusione con sangue infetto, oppure che, pur esistendo l'inadempimento, esso non era eziologicamente rilevante nell'azione risarcitoria proposta, per una

qualunque ragione, tra cui quella addotta dell'affezione patologica già in atto al momento del ricovero.

7.1. Per quanto concerne, in particolare, l'ipotesi del contagio da emotrasfusione eseguita all'interno della struttura sanitaria, gli obblighi a carico della struttura ai fini della declaratoria della sua responsabilità, vanno posti in relazione sia agli obblighi normativi esistenti al tempo dell'intervento e relativi alle trasfusioni di sangue, quali quelli relativi alla identificabilità del donatore e del centro trasfusionale di provenienza (cd. tracciabilità del sangue) che agli obblighi più generali di cui all'art. 1176 c.c. nell'esecuzione delle prestazioni che il medico o la struttura possono aver violato nella singola fattispecie.

7.2. Ne consegue che la sentenza impugnata, la quale ha posto a carico del paziente (creditore) la prova che al momento del ricovero esso non fosse già affetto da epatite, ha violato i principi in tema di riparto dell'onere probatorio, fissati in tema di azione per il risarcimento del danno da inadempimento contrattuale.

8.1. Tale dato relativo alle patologie in corso, peraltro, doveva già emergere dai dati anamnestici prossimi e dagli accertamenti ematici di laboratorio, cui il paziente doveva essere sottoposto prima dell'intervento chirurgico e della trasfusione; dati che dovevano essere riportati sulla cartella clinica.

A tal fine va condiviso l'orientamento giurisprudenziale (Cass. 21.7.2003, n. 11316; Cass. 23.9.2004, n. 19133), secondo cui la difettosa tenuta della cartella clinica naturalmente non vale ad escludere la sussistenza del nesso eziologico tra la colposa condotta dei medici e la patologia accertata, 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.

8.2. Quanto al valore probatorio del verbale della Commissione medico-ospedaliera di Chieti, va osservato che trattasi della Commissione di cui alla L. n. 210 del 1992, art. 4, composta da ufficiali medici ed istituita presso ospedali militari, ai fini dell'indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati. L'art. 4, statuisce che: "1. Il giudizio sanitario sul nesso causale tra la vaccinazione, la trasfusione, la somministrazione di emoderivati, il contatto con il sangue e derivati in occasione di attività di servizio e la menomazione dell'integrità psico-fisica o la morte è espresso dalla commissione medico-ospedaliera di cui al testo unico approvato con D.P.R. 29 dicembre 1973, n. 1092, art. 165. 2. La commissione medico-ospedaliera redige un verbale degli accertamenti eseguiti e formula il giudizio diagnostico sulle infermità e sulle lesioni riscontrate.

3. La commissione medico-ospedaliera esprime il proprio parere sul nesso causale tra le infermità o le lesioni e la vaccinazione, la trasfusione, la somministrazione di emoderivati, il contatto con il sangue e derivati in occasione di attività di servizio".

8.3. Al di fuori del procedimento amministrativo per la concessione dell'indennizzo di cui alla legge, tali verbali hanno lo stesso valore di qualunque altro verbale redatto da un pubblico ufficiale fuori dal giudizio civile ed in questo prodotto. Pertanto, essi fanno prova, ex art. 2700 c.c., dei fatti che la commissione attesta essere avvenuti in sua presenza, o essere stati dalla stessa compiuti, mentre le valutazioni, le diagnosi o comunque le manifestazioni di scienza o di opinione in essi contenute costituiscono materiale indiziario soggetto al libero apprezzamento del giudice, il quale può valutarne l'importanza ai fini della prova, ma non può mai attribuire a loro il valore di



vero e proprio accertamento (Cass. 20/07/2004, n. 13449; Cass. 25/06/2003, n. 10128; Cass. 25/06/2003, n. 10128; Cass. 12/05/2003, n. 7201).

9.1. Infondata è l'eccezione di carenza di legittimazione passiva avanzata dai resistenti eredi T., sotto il profilo che il de cuius dr. T. non poteva essere tenuto ad un controllo sulla qualità dei campioni di sangue trasfuso. L'istituto della legittimazione ad agire o a contraddire il giudizio (legittimazione attiva o passiva) si ricollega al principio dettato dall'art. 81 c.p.c., secondo cui nessuno può far valere nel processo un diritto altrui in nome proprio fuori dei casi espressamente previsti dalla legge e comporta - trattandosi di materia attinente al contraddittorio e mirandosi a prevenire una sentenza "inutiliter data" - la verifica, anche d'ufficio, in ogni stato e grado del processo (salvo che sulla questione sia intervenuto il giudicato interno) e in via preliminare al merito (con eventuale pronuncia di inammissibilità della domanda), circa la coincidenza dell'attore e del convenuto con i soggetti che, secondo la legge che regola il rapporto dedotto in giudizio, sono destinatari degli effetti della pronuncia richiesta. Dalla questione relativa alla legittimazione si distingue quella relativa alla effettiva titolarità del rapporto giuridico dedotto in causa, che non può essere rilevata d'ufficio dal giudice dell'impugnazione in difetto di specifico gravame. (cfr. Cass. 17.7.2002, n. 10388; Cass. 27/10/1995, n. 11190). Nella fattispecie l'eccezione, così come prospettata, attiene non alla legittimazione passiva ma alla titolarità passiva del rapporto dedotto in giudizio. Ciò comporta che la questione non possa essere rilevata d'ufficio da questo Collegio.

9.2. Ove sul punto si fosse pronunciato il Giudice di appello, affermando tale titolarità passiva, pur rigettando poi l'appello per altre ragioni, la questione poteva essere proposta con ricorso incidentale condizionato. Non essendosi il Giudice pronunciato, e quindi non essendoci sul punto una

soccombenza per quanto virtuale, la questione non avrebbe potuto essere proposta a questa Corte con impugnazione incidentale, ma l'accoglimento del ricorso principale comporta la possibilità di riesame nel giudizio di rinvio di detta eccezione (Cass. 20/08/2003, n. 12219).

10. In definitiva va accolto il ricorso nei termini suddetti; va cassata, in relazione, l'impugnata sentenza e la causa va rinviata, anche per le spese del giudizio di cassazione, ad altra sezione della corte di appello di Roma, che si uniformerà ai seguenti principi di diritto: A) In tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e di responsabilità professionale da contatto sociale del medico, ai fini del riparto dell'onere probatorio, l'attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare il contratto (o il contatto sociale) e l'aggravamento della patologia o l'insorgenza di un'affezione ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato. Competerà al debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante.

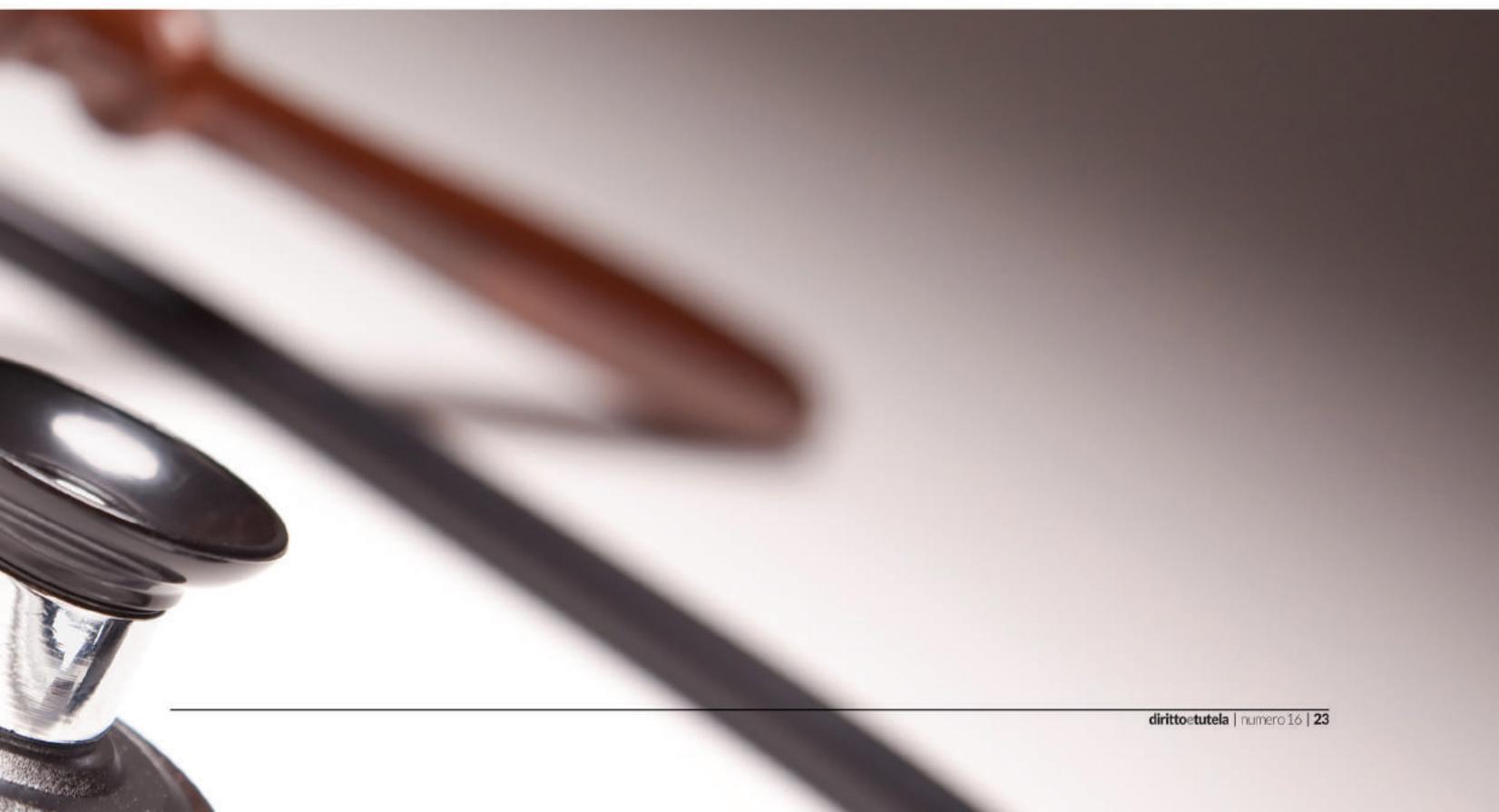
B) I verbali della Commissione medico-ospedaliera di cui alla L. n. 210 del 1992, art. 4, fanno prova, ex art. 2700 c.c., dei fatti che la commissione attesta essere avvenuti in sua presenza, o essere stati dalla stessa compiuti, mentre le valutazioni, le diagnosi o comunque le manifestazioni di scienza o di opinione in essi contenute costituiscono materiale indiziario soggetto al libero apprezzamento del giudice, il quale può valutarne l'importanza ai fini della prova, ma non può mai attribuire a loro il valore di vero e proprio accertamento.

P.Q.M.

Accoglie il ricorso nei termini di cui in motivazione. Cassa l'impugnata sentenza e rinvia la causa, anche per le spese del giudizio di cassazione, ad altra sezione della Corte di appello di Roma.

Così deciso in Roma, il 20 novembre 2007.

Depositato in Cancelleria il 11 gennaio 2008.



SI OPERA DI CARCINOMA E SI PRENDE ANCHE UNA GRAVE INFEZIONE

L'ODISSEA DI UNA GIOVANE, VITTIMA DI UN CASO "TIPICO" DI MALASANITÀ



Non è affatto infrequente che i pazienti entrino in ospedale in buone condizioni di salute e ne escano contagiati da pericolose infezioni, legate spesso alle precarie condizioni igienico-sanitarie degli ambienti. Un caso simile è capitato nel 2010 a una giovane friulana ricoveratasi in una struttura dell'Azienda Ospedaliero-universitaria di Udine per sottoporsi a una mastectomia a causa di un carcinoma al seno. Non bastasse l'angoscia per la grave patologia e la natura invasiva dell'intervento, la paziente dopo l'operazione manifesta anche una seria infezione a livello della cicatrice chirurgica e dell'espansore mammario posizionato con l'operazione e attribuibile a un batterio, lo stafilococcus aureus. In seguito a questa complicanza, la donna riporta un danno biologico non trascurabile, dovendo peraltro sottoporsi a un secondo intervento per la rimozione dell'espansore e ritardare il trattamento chemio e radio terapeutico, ma anche un notevole danno estetico, in quanto la brutta infezione le preclude di fatto le possibilità di sottoporsi a una ricostruzione mammaria.

La paziente chiede dunque i danni all'Azienda Ospedaliero-universitaria di Udine, che però, come "da copione", denega ogni responsabilità, sostenendo che non vi è stata condotta colposa dei medici, che l'intervento "incriminato" è stato eseguito in modo corretto e scrupoloso

senza alcuna complicanza, che l'infezione è comparsa solo in un secondo tempo e che è stata immediatamente trattata e curata.

La paziente si vede così costretta a chiedere al Tribunale di Treviso un Accertamento Tecnico Preventivo Medico Legale e il chirurgo incaricato le dà finalmente ragione, determinando che l'infezione contratta è chiaramente di natura nosocomiale, di quel tipo di infezioni, cioè, che insorgono durante un ricovero ospedaliero, non manifeste clinicamente né in incubazione al momento dell'ingresso in ospedale. Di più, il medico legale ipotizza che si sia prodotta per una contaminazione ambientale della sala operatoria o del dispositivo, l'espansore, posizionato durante l'intervento chirurgico, stabilendo così un chiaro nesso di causa tra l'intervento di mastectomia sinistra e l'infezione manifestata dalla paziente dopo la dimissione. Una infezione che, contrariamente alle "minimizazioni" della controparte, il perito nominato dal Tribunale definisce tutt'altro che secondaria, se è vero che stima un danno biologico permanente conseguente alla stessa nella misura del 16 per cento. Dopo più di cinque anni di battaglie, l'Azienda ospedaliera proprio di recente ha cominciato a risarcire la donna, essendosi resa conto di non poter dimostrare di aver fatto il possibile per evitare l'infezione.

Studio 3A breaking news

N.16 GIUGNO 2016

-  **Viaggio tra le "fondamenta" di Studio 3A**
L'Area Tecnica: una concreta operatività per un'azione capillare e risoluta
-  **Tragedia del bus in Irpinia, 15 a giudizio**
A tre anni dalle prime perizie dei tecnici di Studio 3A il GUP giunge alle stesse conclusioni
-  **Cos'è successo in quella sala parto?**
La piccola Tasnim Mim sopravvissuta solo poche ore a causa di un errore medico



STUDIO3A®
DIAMO VALORE AI DIRITTI

i servizi di Studio 3A®

consulenza specifica in risarcimento danni e indennizzi

- incidenti da circolazione stradale
- infortuni sul lavoro
- malasanità
- responsabilità della Pubblica Amministrazione e rc diversi
- incendi
- sinistri esteri
- sinistri catastrofali
- danno ambientale
- indennizzi da polizza assicurativa

area legale

- consulenza civile e penale
- servizio legale
- recupero crediti
- anomalie bancarie
- servizi investigativi
- diritto delle successioni
- assistenza alle indagini

area medico legale

- consulenza medico legale
- consulenza medico specialistica
- valutazione psicologica e psichiatrica

area tecnica

- consulenza tecnico peritale
- ricostruzioni dinamiche
- analisi tecnico scientifiche

area economico-fiscale e aziendale

- consulenza finanziaria
- consulenza fiscale e diritto amministrativo
- consulenza del lavoro e retributiva

Le frecce indicano i servizi esplicitati nel caso che segue

SERVIZI

Studio3Abreakingnews



COS'È SUCCESSO IN QUELLA SALA PARTO? LA PICCOLA TASNIM MIM SOPRAVVISSUTA SOLO POCHE ORE A CAUSA DI UN ERRORE MEDICO



Per una coppia di bengalesi di Mestre, il 27 maggio 2014 doveva essere il giorno più bello della loro vita per la nascita della loro primogenita: si è trasformato in un incubo a causa dell'ennesimo caso di mala sanità. La mamma, incinta di 38 settimane e 6 giorni, viene ricoverata all'ospedale dell'Angelo per dare alla luce la piccola Tasnim Mim: la gravidanza è stata regolare, le ecografie non hanno evidenziato problemi. Alle 22.54 la giovane donna viene sottoposta ad episistomia medio laterale destra per facilitare l'uscita del feto: 13 minuti dopo viene espulsa la testa, ma non altrettanto avviene, come avrebbe dovuto, per le spalle. L'ostetrica, che aveva già chiamato il medico di guardia, allertata dalle anomalie in atto, annota la mancata uscita delle spalle nonostante due successive contrazioni, e a quel punto convoca anche anestesista e pediatra, iniziando ad eseguire, su indicazione del ginecologo, alcune manovre comuni in questi casi. Solo dopo svariate prove andate a vuoto, il medico riesce a estrarre la piccola, ma le sue condizioni appaiono subito gravissime: la neonata comincia a respirare solo al terzo tentativo di rianimazione. Non essendo dotato l'Angelo di una struttura adeguata per la terapia ipotermica, determinante in questi casi, la neonata alle 4.10 del giorno dopo viene trasferita presso la



Patologia Neonatale del Ca' Foncello di Treviso, con diagnosi di asfissia grave dalla nascita e frattura dell'omero sinistro, ma alle 22.15 del 28 maggio spira. Ai genitori, distrutti dal dolore e dall'incredulità, non vengono fornite spiegazioni dalla struttura e così trovano la forza di chiedere aiuto a degli esperti e si rivolgono a Studio 3A, che prende subito in carico il caso. La vicenda, anche per sua estrema gravità, complessità e delicatezza, vede impegnati praticamente tutti i settori dell'azienda e rappresenta un esempio della professionalità, competenza, puntualità e sensibilità con cui la società gestisce le situazioni di mala sanità.

Diego Tiso

consulente personale

**«COSTANTEMENTE VICINO
ALLA FAMIGLIA PER OGNI
SUA ESIGENZA»**



I genitori della piccola Tasnim Mim si sono rivolti a me come consulente di Studio 3A per fare chiarezza sui fatti e per ottenere giustizia. Come facciamo spesso nel caso di assistiti

stranieri che non conoscono e non parlano bene la lingua italiana - un altro servizio importante che forniamo -, ci siamo avvalsi anche di un mediatore culturale per comprendere meglio i fatti e le perplessità della famiglia con la quale abbiamo instaurato un rapporto di fiducia, fondamentale in queste circostanze. È stato quindi organizzato un incontro con il Direttore tecnico, dott. Andrea Milanese, nella nostra sede centrale, oltre che a casa della coppia, assumendo i mandati, passaggio essenziale per iniziare a procedere con la richiesta e la raccolta di tutta la documentazione medica e clinica. Sono seguiti i primi atti: nello specifico, è stato subito presentato un esposto in Procura con la richiesta di effettuare l'autopsia sul corpicino della neonata, uno degli esami fondamentali per stabilire se si trattasse, come poi è emerso con tutta evidenza, di un errore medico. In questi due anni, in qualità di loro consulente personale, sono stato costantemente vicino alla famiglia, aggiornandola puntualmente sull'evolversi dell'inchiesta e supportandola anche in tutte le sue necessità ed esigenze, cercando di risolvere tutte le varie problematiche che via via si ponevano davanti: Studio 3A ha sostenuto i due genitori anche dal punto di vista economico. Il nostro lavoro, infatti, va anche al di là dell'aspetto strettamente tecnico per

abbracciare spesso la sfera umana, soprattutto in casi tragici come questo, nei quali i nostri assistiti sono colpiti da un grave lutto e devono anche intraprendere una lunga battaglia per il riconoscimento dei propri diritti con un ente pubblico di peso come un'azienda sanitaria.

Dott.ssa Pisana Riccò
liquidatrice ufficio sinistri complessi
«UN OTTIMO LAVORO
DI COORDINAMENTO
E DI SQUADRA»



Studio 3A, con particolare riferimento alla gestione Sinistri Complessi, ha seguito fin dalle prime battute con grande impegno la vicenda della piccola Tasnim Mim e della sua famiglia. Dopo aver incontrato più volte i genitori e assunto una prima informazione sui fatti, abbiamo ravvisato subito possibili responsabilità in capo ai sanitari, procedendo con un esposto in Procura. Abbiamo quindi sottoposto il caso al nostro medico legale di direzione, che ha confermato la possibile sussistenza dell'errore medico durante il parto, e abbiamo partecipato a tutte le operazioni peritali disposte dalla magistratura, affiancando un nostro consulente a quello della Procura. Il consulente tecnico d'ufficio è stato autorizzato a prelevare il materiale biologico per le opportune ricerche chimico-tossicologiche e istologiche, ad acquisire direttamente da ogni e struttura sanitaria, pubblica o privata, ogni documento o certificato medico avente a oggetto la bimba defunta e avere dalla polizia giudiziaria copia degli atti utili alla ricostruzione dei fatti e ogni reperto eventualmente disponibile da tali autorità. Abbiamo recuperato anche noi tutta la parte dei documenti per valutare il caso specifico. I nostri assistiti sono stati convocati almeno due-tre volte per le audizioni in Procura e davanti ai carabinieri, dove sono stati sentiti come persone informate sui fatti, sempre accompagnati dai nostri consulenti in tutte le fasi successive alla tragedia. La consulenza degli esperti nominati dalla Procura ha confermato come vi sia stata una tardiva diagnosi di distocia delle spalle e una non adeguata effettuazione delle manovre di disimpegno, con un inopportuno e non giustificato dispendio di tempo. Abbiamo esaminato in modo profondo e accurato il risultato ottenuto dal consulente tecnico d'ufficio e, dinanzi a queste conclusioni, abbiamo provveduto a inoltrare una richiesta danni all'Azienda sanitaria. Abbiamo chiesto e ottenuto tutte le coperture assicurative e preso contatto con le compagnie. Preciso e puntuale, al riguardo, è stato il lavoro di supervisione e di coordinamento, nella gestione di tutte le fasi di questa delicata posizione, del nostro Direttore Tecnico, dott. Andrea Milanese. Ci siamo quindi attivati per arrivare a una mediazione con gli organi sanitari, procedura a cui però l'azienda non ha aderito. È stato portato avanti anche un ottimo lavoro di squadra con i nostri avvocati, che stanno preparando l'atto di citazione per iniziare una causa civile. Si sta garantendo l'assistenza legale passo dopo passo per cercare non solo di arrivare a stabilire la

la verità ma anche a un equo risarcimento per quanto successo.

Avv. Andrea Piccoli
avvocato penalista e civilista
«TEMPESTIVITÀ
NELL'AGIRE PRESSO
LE COMPETENTI SEDI»



In un caso di mala sanità, come quello di Tasnim Mim che mi è stato affidato e che ho seguito fin dal primo momento, il primo atto d'impulso è stato presentare un esposto alla magistratura, sia per evidenziare le criticità che si sono verificate, sia per portare a conoscenza l'autorità giudiziaria di quello che è avvenuto. Abbiamo quindi proceduto immediatamente in tal senso. Il passo successivo è stato quello interagire con la Procura di Venezia, nei limiti concessi dal nostro ordinamento, a cui compete di portare avanti le indagini preliminari, producendo prove e documenti che possano essere utili al lavoro del magistrato che segue il caso ed esercitando anche un'azione per così dire di "stimolo" per arrivare alla conclusione delle indagini e all'accertamento di eventuali responsabilità. Attualmente ci troviamo ancora in questa fase: la Procura non ha ancora assunto una decisione. Se, come crediamo, attese le evidenti risultanze della consulenza tecnica disposta, ravviserà responsabilità a carico dell'azienda sanitaria e chiederà il rinvio a giudizio, allora valuteremo se agire anche in sede penale. Questo per quanto riguarda il penale. Sul fronte civile, invece, forti anche della consulenza medico legale dei periti nominati dal Tribunale, che hanno accertato e messo in evidenza gli errori medici compiuti durante il parto, con il mio collega Alessandro Menin abbiamo già promosso e svolto la fase della mediazione, che è obbligata per legge nei casi di mala sanità. Essa, tuttavia, non ha portato a nulla in quanto la controparte non vi ha aderito e non si è presentata all'incontro. Ora quindi procederemo con la citazione in giudizio del soggetto civilmente responsabile dell'accaduto, vale a dire la struttura sanitaria.

Dott. Arcangelo Di Nino
medico legale
«UN CASO NEL QUALE ESERCITARE LA
MEDICINA LEGALE È UNO STRUMENTO
PER AIUTARE LA GIUSTIZIA»



In qualità di consulente medico legale di direzione, mi sono occupato fin dalle prime battute del caso di Tasnim Mim, che mi è stato subito sottoposto per un parere preventivo sulla possibile sussistenza di una responsabilità medica nel decesso. In queste circostanze, in seguito all'esposto della famiglia, il Pubblico Ministero, nell'ambito delle sue indagini preliminari, dopo aver esaminato gli atti e le cartelle cliniche, può, come ha fatto, disporre l'autopsia giudiziaria: nomina un suo consulente tecnico e le parti a loro volta possono nominare il proprio. Nello specifico, il Pm ha ritenuto di incaricare tre medici specialisti per rispondere, oltre ai tre quesiti classici (causa, mezzi di produzione e ora della morte), alla domanda se vi sia la sussistenza di di possibili profili

di responsabilità medica a carico dei sanitari che hanno avuto in cura la neonata: un medico legale, la dott.ssa Silvia Tambuscio, un neonatologo, il dott. Daniele Trevisanuto, e una ginecologa, la dott.ssa Alessandra Zambon. Io sono stato nominato consulente per la parte offesa e ho assistito all'autopsia eseguita dalla dott.ssa Tambuscio, osservando e dando alcune indicazioni tecniche. Ad ora non è stato necessario da parte nostra produrre ulteriore documentazione od osservazioni, in quanto ci troviamo perfettamente d'accordo con le favorevoli conclusioni della relazione dei consulenti della Procura, che hanno ravvisato questi profili di responsabilità medica. Per citarne alcuni passi: "l'operato del personale sanitario, principalmente del medico assistente al parto, è stato non corretto nelle seguenti fasi: tardiva diagnosi della distocia delle spalle (dopo circa 3-4 minuti anziché un minuto come previsto), conseguentemente alla quale si è determinato un tardivo avvio delle manovre di disimpegno e risoluzione della distocia; non adeguata effettuazione delle manovre di disimpegno; l'esecuzione delle manovre di Kristeller in condizioni non indicate (...). L'evenienza di un danno neurologico così grave da cagionare la morte entro breve tempo dalla nascita sarebbe stata evitata da una condotta professionale massimamente diligente, prudente e perita (ovvero aderente ai dettami di condotta evincibili dalle raccomandazioni clinico-scientifiche) da parte del medico di guardia che assisteva al parto (...). "Si ritiene che l'eccessivo dispendio di tempo nel processo di diagnosi-risoluzione della distocia, nonché alcune ulteriori attività non adeguate, svolte durante l'assistenza al parto, abbiano avuto un ruolo eziologico nel determinare il decesso della neonata". Ora siamo in attesa della fase dibattimentale, nella quale ovviamente sosterremo queste conclusioni.

Dott. Nicola De Rossi

ufficio stampa

**«MASSIMA TRASPARENZA ANCHE
CON GLI ORGANI D'INFORMAZIONE
E CON L'OPINIONE PUBBLICA»**

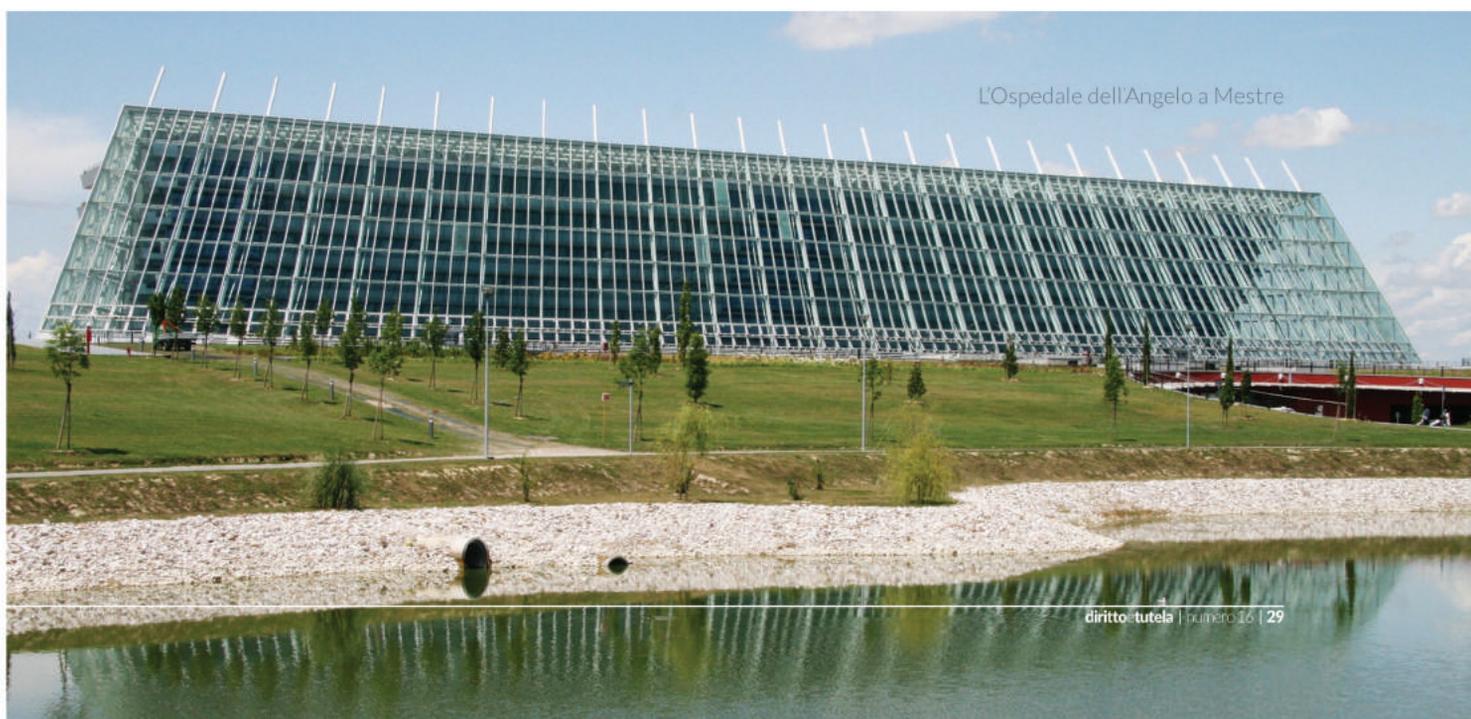


Anche l'Ufficio Stampa di Studio 3A è stato coinvolto direttamente nella tragica vicenda della piccola Tasnim Mim, in

linea con la filosofia dell'azienda improntata alla massima trasparenza verso l'esterno e all'informazione dell'opinione pubblica, tanto più in casi di estrema gravità e fonte di grandi preoccupazioni per i cittadini, come appunto la morte di una bambina in seguito ad un parto, intervento che dovrebbe essere di routine, e avvenuto peraltro in una struttura considerata di prim'ordine e uno dei fiori all'occhiello della sanità veneta, quale l'ospedale dell'Angelo di Mestre, costato milioni e milioni di euro: all'epoca dei fatti intervenne direttamente il Governatore del Veneto, Luca Zaia, chiedendo ai responsabili dell'Ulss 12 veneziana di fare chiarezza.

L'ufficio Stampa, naturalmente previo consenso della famiglia, ha dunque tenuto costantemente informati i media dell'evolversi del caso, con particolare riferimento a tre momenti chiave dell'iter. In primo luogo, ovviamente, la presentazione dell'esposto in Procura per denunciare l'accaduto, con l'apertura del relativo fascicolo; in seconda battuta, nel 2015, la divulgazione dei risultati della perizia medico legale dei consulenti nominati dal magistrato, che rappresenta un punto fermo in quanto stabilisce in modo chiaro e inequivocabile il nesso di causa tra la morte della bimba e gli errori che furono commessi in sala parto in quel "maledetto" 27 maggio del 2014; infine, novità degli ultimi giorni, la incomprensibile, mancata adesione dell'Azienda Sanitaria, nonostante le acclamate responsabilità della propria struttura, alla procedura di mediazione con la famiglia per trovare una soluzione bonaria per il risarcimento in sede civile, con la conseguenza che ora sarà inevitabile procedere con l'atto di citazione avanti il Tribunale.

Con l'occasione è stato anche lanciato un accorato appello dal Presidente di Studio 3A, dott. Ermes Trovò, al Governatore Luca Zaia, che come detto si era interessato fin da subito al caso, affinché dia una risposta alle legittime istanze di verità e giustizia di questa famiglia.



L'Ospedale dell'Angelo a Mestre

SERVIZI

Studio3Abreakingnews



VIAGGIO TRA LE “FONDAMENTA” DI STUDIO 3A L'AREA TECNICA: UNA CONCRETA OPERATIVITÀ PER UN'AZIONE CAPILLARE E RISOLUTA

sotto: (a sinistra) il dott. Andrea Milanesi, Direttore Tecnico di Studio 3A; (a destra) il cuore pulsante dell'Area Tecnica all'interno degli uffici di Torre Eva a Venezia.

Tanta dedizione, impegno e lavoro quotidiani per ottenere il risultato finale: fare in modo che il risarcimento sia il migliore possibile per il cliente. C'è tutto questo dietro l'area tecnica di Studio 3A.

Raggiungere gli obiettivi è un po' come realizzare una casa: si parte dalla fondamenta, si erigono i muri, fino ad arrivare a coprirli con il tetto, posando le tegole. Un immobile che dovrà calzare a pennello all'acquirente, "vestirlo" in modo perfetto e soddisfare in tutto e per tutto le sue esigenze.

Ma come si svolge l'attività? Descrivere questo settore cruciale di Studio 3A è paragonabile alla presentazione di una squadra formata da ingegneri e muratori che, ciascuno con il proprio compito, mettono assieme mattone dopo mattone.

Si parte dalla descrizione del fatto: quando ci si trova davanti a un sinistro da circolazione stradale, a un caso di malasanità, un incidente sul lavoro, a dei danni ambientali, un incendio, tanto per citare i casi più frequenti su cui siamo chiamati a confrontarci, il nostro compito è ascoltare, capire cos'è successo nei minimi particolari per cercare di individuare se vi siano le responsabilità di una parte terza. Lo svilupparsi di un evento, sia sotto il profilo temporale che fisico-materiale, spesso può comportare difficoltà nel comprendere le reali dinamiche del suo svolgersi. Per farlo, si deve essere esperti e professionisti seri, con una struttura all'altezza e pronta ad affrontare ogni evenienza si presenti davanti. Studio 3A può contare su tutto questo nel suo organico; a fronte



dell'accadimento di certi episodi, la fisica, la chimica, la biologia, la medicina legale e altre discipline scientifiche consentono di individuare le circostanze che possano essere la causa stessa del danno subito. Non appena si hanno in mano gli elementi essenziali, si procede con la seconda fase, che consiste nel reperire tutti i documenti, ascoltare i testimoni, parlare con loro per arrivare a mettere insieme i pezzi del "puzzle". In questo caso allacciamo rapporti con la Pubblica Autorità, recuperiamo i verbali e le cartelle cliniche, andiamo di persona presso le strutture ospedaliere di riferimento. In pratica, dobbiamo accorpate ogni informazione necessaria per procedere nel miglior modo possibile. Acquisita la dinamica iniziale, effettuiamo un controllo per capire se i muri sono diritti, se si sta eseguendo un buon lavoro, ossia se stiamo avanzando nella giusta direzione: ci avvaliamo di consulenti esperti, che suggeriscono se si sta andando nel verso corretto o ci sono dei miglioramenti da attuare in corsa.

Costruire bene le pareti servirà a poggiare un buon tetto e a raggiungere un ottimo risultato finale per centrare il nostro obiettivo. Prendiamo un qualsiasi incidente stradale: nell'analizzarlo si possono far emergere tanti piccoli particolari che inizialmente potevano essere trascurati, ma che potrebbero costituire motivo di riflessioni più ampie. In pratica, anche un piccolo elemento, considerato banale, può risultare decisivo per far affiorare la verità ed eventuali responsabili. Ancora, potremmo continuare a parlare di malasanità: fare la

memoria tecnica con il medico legale di parte può mettere a confronto due diversi pareri e insinuare dei dubbi addirittura alla Procura. In questo caso, è un modo non solo per approfondire una determinata strada ma anche per prendere in considerazione altre ipotesi che altrimenti non sarebbero valutate. In altri ambiti, quali ad esempio i sinistri da responsabilità per custodia, un altro strumento utile, quando si parla con le autorità competenti, è far emergere eventuali responsabilità dei gestori del bene pubblico, come ad esempio la manutenzione delle strade.

Al riguardo, abbiamo una squadra in grado di mettere in relazione i danni con il fatto illecito, oltre a conoscere nel merito il loro valore economico, non solo per quanto riguarda i materiali ma anche per la manodopera necessaria al ripristino. Ci avvaliamo di professionisti del settore, come ingegneri, ricostruttori tecnici, fisici, in grado di leggere i dati nel miglior modo possibile e di analizzare il luogo di accadimento di un fatto: solo la capacità di elaborare delle proiezioni e le ipotesi più probabili e credibili su come si siano svolti i fatti, consente di avere un quadro sulle responsabilità dei soggetti coinvolti, per poi ottenere un'adeguata liquidazione del danno.

Lavoriamo molto anche su episodi legati agli infortuni sul lavoro e agli incendi: riguardo al primo aspetto, oltre ad acquisire i documenti dalla Procura, ci si deve rapportare con lo Spisal dell'azienda sanitaria di riferimento e bisogna essere in grado di quantificare l'indennizzo extra Inail di cui spesso le vittime hanno diritto. Infatti, abbiamo professionisti in grado di analizzare e scorporare dal danno di base previsto quello che può essere aggiunto per il dipendente qualora vi fossero delle responsabilità del proprio datore di lavoro. E in molti casi abbiamo appurato come il danneggiato possa ottenere un risarcimento aggiuntivo. Se invece interveniamo sugli incendi, oltre a recuperare i verbali dei vigili del fuoco sulle indagini e i rilievi effettuati sul posto, ci si deve avvalere di tecnici e periti competenti, in grado di capire le cause, quantificare il danno materiale e saper dialogare con i referenti e i periti delle compagnie assicurative. Come si vede, il lavoro è ampio ma deve essere eseguito in modo minuzioso per giungere ad avere un quadro il più completo possibile per ottenere il risultato finale. Il passo successivo sarà un confronto con l'assistito. E' fondamentale instaurare un ottimo rapporto con lui e ottenere più notizie possibili per capire l'entità del danno subito, in rapporto a come lui stesso, nelle sue specificità personali, lo ha vissuto. Si tratta di una fase molto importante, che ci consente di terminare di erigere i muri perimetrali, per continuare a usare la metafora della costruzione della casa. Infatti ora si deve posizionare il tetto sopra le travi, per giungere alla trattativa per il risarcimento finale. Ecco, allora, che tutti i documenti dovranno essere inviati alla compagnia assicurativa, ovvero più in generale al responsabile civile, elencando dettagliatamente i motivi della richiesta. Il compito successivo dell'Area Tecnica sarà quello di portare avanti il negoziato per arrivare alla liquidazione. E il tetto sarà proprio la liquidazione, ovvero il passaggio più difficile: si devono ascoltare le esigenze del cliente e capire in quali tempi e modi verrà risarcito, perché è su di lui che abbiamo costruito la "casa su misura".



ATTUALITÀ

Studio3Abreakingnews



TRAGEDIA DEL BUS IN IRPINIA, 15 A GIUDIZIO A TRE ANNI DALLE PRIME PERIZIE DEI TECNICI DI STUDIO 3A IL GIUDICE DELL'UDIENZA PRELIMINARE GIUNGE ALLE MEDESIME CONCLUSIONI



a sinistra: il luogo della tragedia con la barriera protettiva completamente divelta
sopra: l'articolo apparso sul 3A Magazine di settembre 2013

A più di tre anni dalla tragedia dell'autobus caduto dal viadotto Acqualonga lungo l'autostrada A16, in Irpinia, si può affermare che Studio 3A aveva ragione. Il giudice per l'udienza preliminare del Tribunale di Avellino, Francesco Fiore, ha accolto le richieste della Procura rinviando a giudizio tutti i 15 indagati. Le accuse sono pesanti: omicidio colposo plurimo e disastro colposo. I fatti risalgono al 28 luglio 2013, quando a Monteforte Irpino morirono 38 passeggeri, di ritorno da un pellegrinaggio a Pietrelcina (Benevento), su un bus precipitato da un viadotto dopo aver abbattuto il new jersey di protezione della carreggiata e dopo un volo di 25 metri. L'udienza preliminare, a settembre del 2015, si era svolta nella sala congressi del carcere di Avellino, in grado di ospitare le decine di persone coinvolte nel procedimento tra indagati, avvocati e parti civili. Tre degli indagati, il proprietario del mezzo, Gennaro Lametta, e due dipendenti della motorizzazione di Napoli, Vincenzo Saulino e Antonietta Ceriola, devono rispondere anche di falso in atto pubblico per aver falsificato i documenti della revisione dell'autobus. Dalle successive indagini, inoltre, è emerso come l'incidente sia nato da un guasto all'impianto frenante e dall'usura dei "tirafondi", i bulloni di fissaggio al suolo

dalla barriera protettiva del viadotto. Il gup ha fissato per il 28 settembre 2016 la prima data dell'udienza del processo. «Per primi – spiega il Presidente di Studio 3A, dott. Ermes Trovò – avevamo capito come dietro alla tragedia ci fossero palesi negligenze. E l'avevamo compreso attraverso il lavoro dei nostri periti. È indubbio che chi sottovaluta la manutenzione dei veicoli circolanti, ma anche della sede stradale, fa sì che i rischi aumentino esponenzialmente. Questo non deve accadere». Sin da subito Studio 3A si era occupato alla vicenda e i suoi periti sono stati ammessi come auditori all'incidente probatorio: i primi risultati avevano confermato come alla base della tragedia ci fossero diverse concause, tra cui l'usura del sistema frenante e la mancata manutenzione del veicolo, e lo stato di degrado dei tirafondi della carreggiata, rivelatisi insufficienti a reggere l'impatto con l'autobus arrivato a forte velocità. Questi elementi dunque sono divenuti essenziali per il capo d'accusa del Gup. Sin dalle prime fasi dell'inchiesta, Studio 3A si era battuto perché le famiglie avessero giustizia, anche per un dovere morale e civico. Ora si può dire che quanto fatto in questo triennio è stato fondamentale per accertare le responsabilità oggettive. Studio 3A ci aveva visto giusto fin da subito.

SOCIALE

Studio3Abreakingnews



IN PRIMA LINEA ANCHE CONTRO LE TRUFFE



Nell'ambito delle attività sociali, Studio 3A ha realizzato con l'Associazione Nazionale Pensionati della Confederazione Italiana Agricoltori di Venezia l'opuscolo "Difendiamoci dalle truffe": diecimila copie in distribuzione in tutta la provincia che condensano in quattro pagine consigli pratici e accorgimenti per non restare vittima di malintenzionati, in casa o per strada, su internet, con vendite, televendite, maghi e cartomanti. "Fidarsi è bene, non fidarsi è meglio" recita lo slogan. Dai dati Istat 2014, nel Veneziano si consuma un reato ogni 11 minuti: 46.399 l'anno, di cui quasi 30mila furti, e solo quelli denunciati. Truffe e furti con destrezza sono uno dei fenomeni più in crescita: 12.871 casi nel 2011, 18.718 nel 2014 e i più esposti sono gli anziani. Opportuna, dunque, la diffusione del vademecum che riporta anche i numeri di emergenza: il primo suggerimento resta chiamare le forze dell'ordine. «Noi di Studio 3A ci battiamo ogni giorno per i nostri assistiti e affrontiamo situazioni al limite della legalità: improbabili interpretazioni delle polizze assicurative per non risarcire, clausole capestro nei contratti. La nostra mission è tutelare i diritti dei cittadini: non potevamo non sostenere questa lodevole iniziativa della Cia, che ben ci rappresenta avendo anche il merito di puntare su informazione e trasparenza» ha detto il Direttore commerciale Daniela Vivian, il 17 giugno a Marghera, al "lancio" del volantino, presenti anche l'assessore alla Coesione sociale di Venezia, Simone Venturini, il vice Questore, Eugenio Vomiero e i Presidenti dell'Anp, Giuseppe Scaboro, e della Cia, Paolo Quaggio. Che il progetto abbia colto nel segno lo dimostrano anche i quasi cento pensionati intervenuti alla presentazione della brochure il 22 giugno a Noale, prima tappa di un "sicurezza-tour" che da settembre proseguirà a Camponogara, San Donà, Portogruaro e Chioggia.

SOCIALE

Studio3Abreakingnews



IL DONO DI ALESSANDRA INAUGURATO L'APPARTAMENTO PRESSO IL GERVASUTTA



Sono 120 l'anno in Friuli le persone che devono affrontare il percorso riabilitativo conseguente a gravi danni al sistema nervoso centrale. Per questi pazienti e i familiari opera l'Associazione Alessandra, che ha centrato il primo, grande obiettivo con il "Progetto Famiglia": inaugurato il 5 maggio l'appartamento, in via Gervasutta 14 a Udine, reso disponibile in forma gratuita ai pazienti cerebrolesi che devono sottoporsi ai cicli di terapia nel vicino "Gervasutta", struttura di riferimento regionale. Al pianterreno, 70 mq, l'appartamento è curato nei dettagli. In cucina c'è una tv con video camera per sorvegliare il paziente in camera, il letto è elettrico con materasso ad aria antidecubito, in bagno ci sono la doccia con poltrona richiudibile e la barella doccia idraulica. I locali sono climatizzati, all'ingresso c'è la rampa. «Siamo stati aiutati da tante associazioni e persone. Abbiamo lavorato duro ma siamo riusciti ad acquistare, ristrutturare e attrezzare l'appartamento: il servizio sarà attivo da subito. Il trasporto di questi pazienti è oneroso: crediamo di dare un grande aiuto a una decina di famiglie l'anno» ha detto Donatella De Bernardi, anima della Onlus, al convegno "Associazioni e Istituzioni: una partnership vincente" che ha preceduto il taglio del nastro e a cui è stata accompagnata anche la figlia, Alessandra Clama, la 32enne di Cervignano in stato vegetativo con minima coscienza dal 2010 dopo un incidente sulla SR 352, a cui è intitolata l'Associazione: per le responsabilità del sinistro la famiglia è assistita da Studio 3A, che sostiene anche la Onlus. Sono intervenuti anche gli assessori alla Salute della Regione, Maria Sandra Telesca, e del Comune di Udine, Simona Liguori; il Dg dell'Azienda Sanitaria Mauro Delendi; il responsabile del Gervasutta, Emanuele Biasutti, e Armando Zamparo per Studio3A.

MEDIA**Studio3Abreakingnews**

QUANDO I MEDIA CHIEDONO LA VERITÀ... STUDIO 3A RISPONDE

LA CAVA DEI TERREMOTI

7 GOLD TELEPADOVA, 7 IN PUNTO – 15 GIUGNO 2016



Il Presidente di Studio 3A, dott. Ermete Trovò, ha denunciato nel programma di approfondimento, condotto da Alessandra Mercanzin, le gravi problematiche di Contrada Tommasoni, nel Vicentino, sconvolta dalle impattanti attività di una cava di marmo, tra esplosioni di mine, rumori, polveri e timori per la stessa tenuta del versante della montagna. In studio anche due dei trenta residenti rivoltisi a Studio 3A per far valere i loro diritti, Emanuela Crosara e il geologo Igor Brentan.

INQUINAMENTO AMBIENTALE ALLA BASE MILITARE

TG RAI TRE SARDEGNA - 10 MAGGIO 2016



Studio 3A, con il proprio consulente personale per la Sardegna, dott. Michele Baldinu, ha portato anche sulla Rai regionale il grave caso che sta seguendo a Decimomannu, dove le falde acquifere dei terreni circostanti l'aeroporto militare sono state contaminate da sversamenti di avio carburante. L'ampio servizio di Vincenzo Guerrizio ha dato voce anche alle preoccupazioni di diversi cittadini e agricoltori rivoltisi a Studio 3A per far valere i loro diritti.

MALASANITÀ IN CASA DI RIPOSO

TG DI RETEVENETA, EDIZIONE VENEZIA – 5 APRILE 2016



Intervista al dott. Andrea Milanesi, Direttore Tecnico di Studio 3A, che assiste i congiunti della vittima, sulla grave vicenda di un'anziana lasciata cadere dal letto in una casa di riposo del Trevigiano e deceduta pochi giorni dopo a causa dei traumi riportati. Servizio di Ilaria Marchiori.

MALASANITÀ IN CASA DI RIPOSO (2)

TG DI A3 NEWS – 5 APRILE 2016



Anche Antenna Tre ha dedicato un servizio al caso dell'anziana vittima di una caduta in casa di riposo, intervistando il Direttore tecnico, dott. Andrea Milanesi.

IN PRIMA LINEA ANCHE CONTRO LE TRUFFE

RADIO BASE, "LA MIA CITTÀ" - 21 GIUGNO 2016



La nota emittente radiofonica veneziana ha dedicato un ampio servizio all'opuscolo contro le truffe realizzato da Studio 3A, intervistando il Direttore Commerciale, Daniela Vivian.

RINVIATO A GIUDIZIO IL VERO RESPONSABILE

TG DI 105 TV – 29 GIUGNO 2016



Servizio dedicato al caso di Fabrizio Di Luccio, il giovane di Capaccio che ha perso la vita in seguito ad un'uscita di strada dell'auto condotta da un "amico", che poi, per farla franca, ha simulato di essere il passeggero.

L'ECOREATO

TG DI 7 GOLD TELEPADOVA – 13 APRILE 2016



Nel servizio sull'inquinamento da Pfas nelle falde acquifere del Vicentino, il Direttore Tecnico di Studio 3A, dott. Andrea Milanesi, e la dott.ssa Francesca Boscolo, autrice del libro sul danno ambientale di "3A Edizioni", hanno illustrato le ultime novità normative in materia di ambiente.

NIENTE RISARCIMENTO PER UNA TERZA TRASPORTATA

TG DI RETEVENETA - 13 APRILE 2016



Riccardo Vizzi, Area Manager di Studio 3A, ha denunciato il caso di Marta Sensini, giovane veneziana vittima di un grave incidente in moto e a cui l'assicurazione non intende riconoscere un anticipo del risarcimento, pur avendone diritto in quanto passeggera. Toccante la testimonianza della ragazza nel servizio di Ilaria Marchiori.

"MALA ASSICURAZIONE" E DDL CONCORRENZA

TG DI TELEVENEZIA – 26 APRILE 2016



Ospite del telegiornale condotto da Maria Stella Donà, il dott. Andrea Milanesi, Direttore Tecnico di Studio 3A, ha illustrato alcuni casi emblematici di "mala assicurazione" e lanciato un grido d'allarme sul Ddl Concorrenza in discussione al Senato, che prevedrebbe un abbattimento del 30 per cento sui risarcimenti nel caso di macro lesioni.

IL LIBRO SUL DANNO AMBIENTALE

7 GOLD TELEPADOVA, "APPROFONDIMENTI" - 28 APRILE



Nella trasmissione condotta da Fabrizio Stelluto l'autrice, la giurista Francesca Boscolo, ha presentato l'ultimo volume della collana "3A Edizioni" sul risarcimento del danno ambientale.

AUTISTA AGGREDITO MA ABBANDONATO DALL'AZIENDA

TG DI RETEVENETA – 18 MAGGIO 2016



Nei servizi è stato illustrato il caso segnalato da Studio 3A dell'autista Actv picchiato da un esagitato in piazzale Roma e a cui l'azienda ha negato l'assistenza legale, con l'intervista alla consulente personale, la dottoressa Elisa Sette e la testimonianza del conducente.

INFORTUNIO SUL LAVORO

TG DI RETEVENETA, ED BASSANO – 15 GIUGNO 2015



L'intervista a Riccardo Vizzi, Area Manager di Studio 3A, sul vergognoso caso del giovane operaio vicentino rimasto vittima di un grave infortunio sul lavoro e nei cui confronti la sua azienda ha avviato un procedimento disciplinare mentre era ancora in Rianimazione.

IN PRIMA LINEA ANCHE CONTRO LE TRUFFE (2)

TG DI RETEVENETA, ED. VENEZIA – 17 GIUGNO 2016



Intervista al Direttore Commerciale, Daniela Vivian, durante la presentazione, a Marghera (Venezia), dell'opuscolo "Difendiamoci dalle truffe" realizzato dall'associazione dei pensionati della Confederazione Italiana Agricoltori di Venezia, con il fondamentale contributo di Studio 3A.

IN PRIMA LINEA ANCHE CONTRO LE TRUFFE (3)

TG MIRANESE DI CAFE' TV 24 – 29 GIUGNO 2016



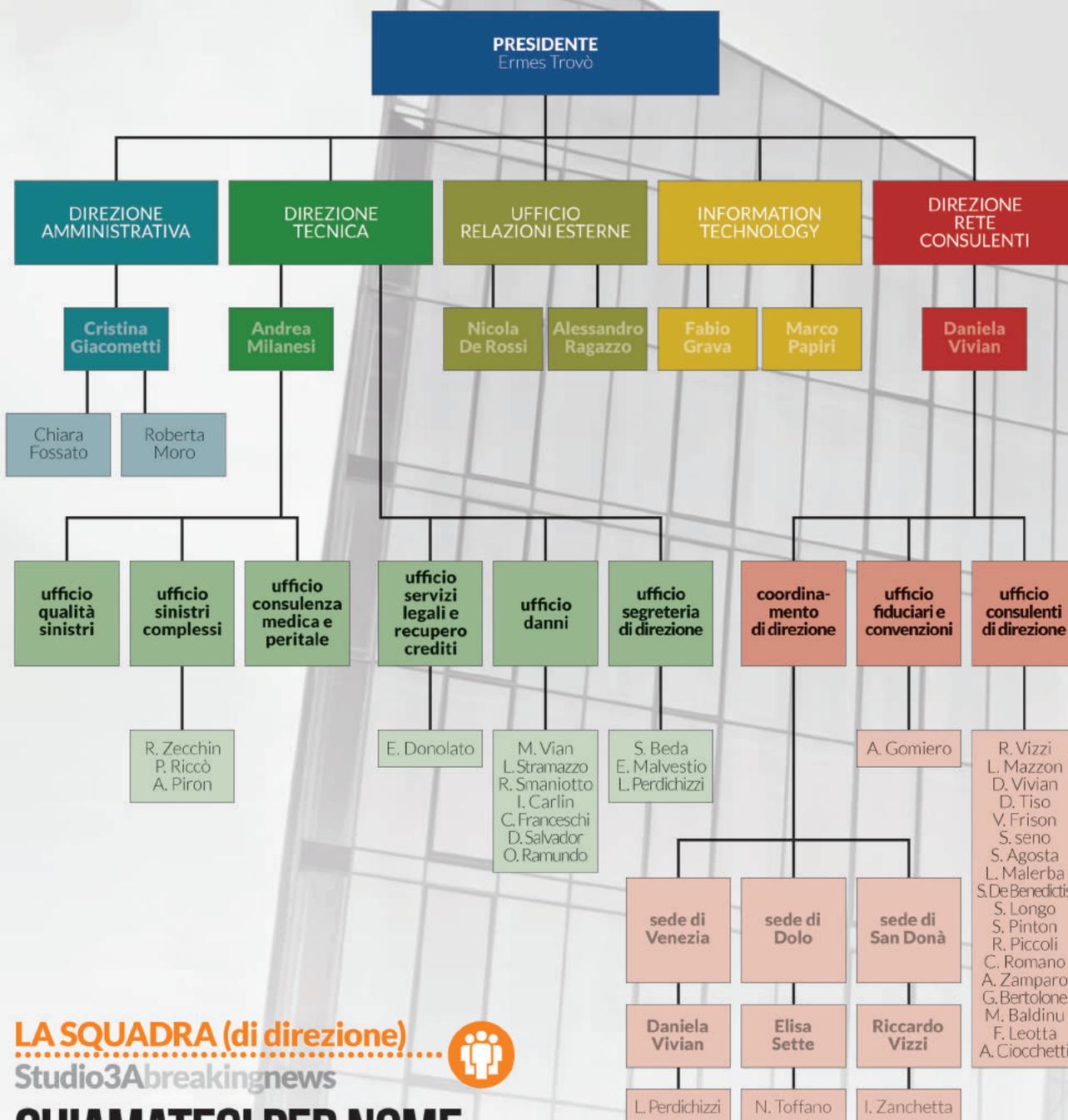
Il Direttore Commerciale di Studio 3A, Daniela Vivian, è stata intervistata sull'opuscolo "Difendiamoci dalle truffe" anche a margine della sua presentazione a Noale.

LA STRUTTURA

Studio3Abreakingnews



L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE



LA SQUADRA (di direzione)

Studio3Abreakingnews



CHIAMATECI PER NOME...

Stefano Lorena Chiara Roberta Massimiliano Micaela Nadia Luciana Roberta Cristina Daniela Oriana Andrea Arianna Camilla Armando Simone Roberta Roberto Giancarlo Salvatore

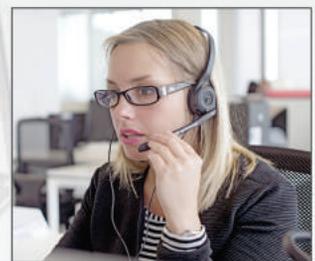
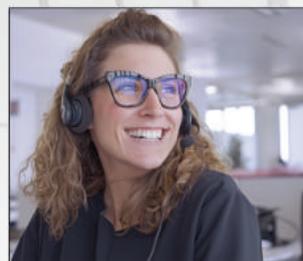


LA STRUTTURA

Studio3Abreakingnews



LA SEDE DIREZIONALE



Salvatore Andrea Riccardo Linda Ivie Diego Alessandra Massimo Veronica Pisana Laura Eva Elisa Silvia Elisa Irene Debora Marco Fabio Alessandro Nicola Michele Filippo Carmine



Demiù

ero diventata mamma quel giorno,
ma ho perso per sempre il mio piccolo
perché l'ospedale non era attrezzato.
Studio 3A ha combattuto per me.

se vuoi saperne di più sulla storia di **Demiù** vai su www.studio3a.net



DIAMO VALORE AI DIRITTI

Direzione Generale
Venezia, Via Bruno Maderna 7
+39 041 8622601

U.S. Office
32-72 Steinway Street
Astoria, New York, 11103

800 09 02 10

www.studio3a.net



**Assistenza a
chilometro zero**

consulenti in tutta Italia
pronti a rispondere a
tutte le necessità
dell'assistito

