

Prof INT
38/2018



Procura della Repubblica

Sassari

Protocollo di indagini sulla responsabilità sanitaria

Sommario:

1. Obiettivo. - 2. Sequenza generale degli atti. - 3. Notizia di reato telefonica. - 4. L'iscrizione. - 5. Acquisizione di documentazione sanitaria. - 6. Sommarie informazioni testimoniali. - 7. Tempi per la delega. - 8. Prima consulenza. - 9. L'iscrizione nel registro degli indagati. - 10. Consulenza come atto irripetibile. - 11. Eventuali ulteriori iscrizioni. - 12. Esercizio dell'azione penale. - 13. Richiesta di archiviazione.

* * *

Il presente Protocollo di indagine sulla responsabilità sanitaria è stato preparato dal Sostituto dott. Paolo Piras, Coordinatore del Gruppo Colpa di questa Procura, con la collaborazione del Sostituto dott.ssa Enrica Angioni, nonché con la collaborazione del Comando N.A.S. di Sassari. Posto alla visione del Procuratore della Repubblica, viene adottato come direttiva per i procedimenti riguardanti ogni ipotesi di potenziale colpa medica. Gli altri Magistrati dell'Ufficio e gli organi di Polizia Giudiziaria sono tenuti ad adeguarsi a quanto qui descritto.

Il Protocollo verrà allegato al prossimo Progetto Organizzativo della Procura della Repubblica di Sassari.

* * *

1. Obiettivo

L'obiettivo di questo protocollo è quadruplice:

- Promuovere la qualità delle indagini
- Assicurare tempi rapidi di svolgimento
- Garantire in modo effettivo i diritti della difesa
- Evitare di procedere contro chi non ha colpa, per evitare le c.d. seconde vittime

2. Sequenza generale degli atti.

Per ragioni di chiarezza, si intende prima indicare la sequenza degli atti d'indagine valida, come si dice in gergo, "a morto caldo", quando cioè le esequie non sono state celebrate. Questa sequenza vale peraltro, mutatis mutandis e privata dalla spinta dell'urgenza, anche per i casi "a morto freddo" o di lesioni personali.

Indicata la sequenza, verranno poi indicate le ragioni della stessa e le modalità di svolgimento delle indagini.

Il tutto nella consapevolezza che nessun protocollo può prevedere ogni contingenza.

E soprattutto nella consapevolezza che ogni protocollo è fallibile, in quanto redatto da mente umana.

E infine con l'avvertenza che questo protocollo non sostituisce lo studio del diritto penale delle scienze mediche, ma ci va a braccetto.

La sequenza degli atti, una volta acquisita la notizia di reato, è la seguente:

1. Iscrizione a modello 44
2. Delega alla p.g.
3. Salma a disposizione del p.m.
4. Sequestro documentazione sanitaria
5. Sommarie informazioni testimoniali
6. Acquisizione anamnesi dal medico di medicina generale
7. Conferimento di consulenza tecnica come atto ripetibile, senza autopsia, per la formulazione di un'ipotesi sulla causa di morte
8. Iscrizioni nel registro degli indagati
9. Avvisi di conferimento di consulenza, ex art. 360 c.p.p., agli iscritti e ai prossimi congiunti, anche se non ci sono iscritti
10. Conferimento di consulenza tecnica come atto non ripetibile, con autopsia se necessaria
11. Autopsia. Sospensione della stessa se in corso sorgono indizi a carico di qualcuno che non è iscritto
12. Ulteriori iscrizioni
13. Avvisi ex art. 360 c.p.p. di nuovo a tutti
14. Nuovo conferimento consulenza
15. Deposito consulenza entro 90 giorni dall'iscrizione degli indagati
16. Richiesta di archiviazione o formulazione imputazione

17. Invito a rendere l'interrogatorio agli indagati

18. Richiesta di giudizio immediato

3. Notizia di reato telefonica.

La notizia di reato spesso giunge in primis oralmente al p.m., perché di turno esterno o perché di turno nel gruppo di lavoro che si occupa dei reati colposi. Ad es., il posto fisso dell'ospedale informa che è stata presentata una denuncia da parte dei prossimi congiunti di un paziente che è appena deceduto nel nosocomio. Qualora nell'immediatezza non sia possibile conferire per iscritto una delega di p.g., è preferibile già da subito disporre oralmente che la salma è a disposizione del p.m. e che va trasferita dall'obitorio dell'ospedale al luogo dove si ritiene che poi avverranno gli accertamenti medico-legali. Sia per evitare alterazioni della salma da parte di chi possa avere interesse, sia per una migliore conservazione nelle apposite celle frigorifero, che consente un rallentamento dei processi post mortali.

E' altresì preferibile: a) suggerire alla p.g. il sequestro della cartella clinica e della documentazione sanitaria in genere, ad es., i c.d. appunti di terapia infermieristici, nel dubbio che nel frattempo ci possano essere alterazioni; b) acquisire s.i.t. dalle persone informate sui fatti, nel dubbio che nel frattempo le persone informate sui fatti possano prendere accordi sulle dichiarazioni che verranno rese. In assenza di questi dubbi, si può aspettare al primo momento utile per conferire delega scritta.

La notizia di reato deve pervenire per iscritto in Procura il più rapidamente possibile. E l'Autorità che ha dato telefonicamente la notizia deve essere risolutamente sollecitata in tal senso.

Il sostituto di turno esterno che riceve telefonicamente la notizia di reato avrà cura di regolarsi come sopra descritto e d'informare al più presto il sostituto di turno del gruppo colpa.

4. L'iscrizione.

E' consigliabile in primis un'iscrizione a modello 44, salvo casi rari nei quali una responsabilità possa essere da subito colta a piene mani. Del resto, la denuncia talvolta non indica nomi di sanitari, ma contiene la doglianza che il paziente non è stato curato a dovere e che quindi *"si è di fronte all'ennesimo caso di malasanita"* o indica a sostegno anche fatti palesemente incongrui, quali il cibo insipido o insufficiente. Tuttavia l'iscrizione a

modello 44 è opportuna anche quando nella denuncia vengano fatti nomi, perché è frequente l'ipotesi che venga denunciato non il colpevole, ma lo "scortese", cioè il sanitario che è stato scortese con i prossimi congiunti del paziente o chi non lo è stato, ma come tale è stato percepito, soprattutto in momenti di comprensibile agitazione emotiva. Inoltre l'iscrizione è un atto del p.m., è un atto di creazione intellettuale, non è un atto di acritico automatismo. E' il p.m., e non il denunciante, colui che decide chi va iscritto, sulla base di una valutazione analitica che non deve appiattirsi su iniziali prospettazioni provenienti dalla Polizia Giudiziaria o da parti private.

5. Acquisizione di documentazione sanitaria.

All'iscrizione segue la delega scritta per l'acquisizione di s.i.t. e per l'esecuzione del decreto di sequestro che l'accompagna e con oggetto la documentazione sanitaria, non solo di quella presso le strutture sanitarie, ma anche di quella presso il medico di base (rectius: medico di medicina generale) e di quella in possesso dei prossimi congiunti.

Oltre alla documentazione sanitaria, può ovviamente essere necessario anche il sequestro di altro, ad es., un presidio operatorio se si ipotizza un errore nella relativa scelta o il sequestro di una parte organica, ad es., la placenta in ipotesi di morte anossica del feto, intrauterina o perinatale.

Riguardo alla documentazione sanitaria, il sequestro è di regola preferibile, per il rischio di alterazioni. Fa eccezione l'ipotesi di reato di lesioni personali, con paziente in regime di ricovero, per la cui cura la presenza della cartella è imprescindibile. In questi casi, la p.g. può chiedere al suo arrivo fotocopia della cartella, per poi acquisirla formalmente.

Una volta eseguito il sequestro, la documentazione andrebbe passata allo scanner e tenuta in un disco o pen drive in atti. Questo è utile non solo per l'invio al futuro consulente, ma anche per evitare la dispersione della documentazione, in parte o in toto. Soprattutto poi, con l'esercizio dell'azione penale, l'originale non dovrebbe mai essere contenuto nel fascicolo, per il rischio di alterazioni o dispersioni, colpose o dolose. Passata la documentazione allo scanner e stampata copia, in un secondo momento può anche disporsi la restituzione, con rilascio di copia autentica da parte dell'Autorità alla quale viene restituita, di regola la Direzione Sanitaria.

Può avvenire che il sequestro non sia possibile, come nel caso di cartella clinica informatica. In tal caso è giocoforza disporre l'acquisizione in copia autentica, con relativo supporto informatico. Nella frequente ipotesi di diagnostica per immagini, è

indispensabile acquisire non solo copia del relativo referto, ma anche delle immagini: ecografia, tac, risonanza ecc., con il relativo supporto informatico.

6. Sommarie informazioni testimoniali.

Per garantire la genuinità, almeno relativa, di questo atto d'indagine, è a volte necessario che le dichiarazioni delle persone informate sui fatti vengano acquisite nel luogo di lavoro. La convocazione negli uffici di p.g. può determinare nel frattempo previ "accordi" delle persone informate sui fatti con terzi, che forse verranno convocati o che già hanno reso dichiarazioni. Ci possono essere casi nei quali le dichiarazioni vanno acquisite nel luogo di lavoro, in contemporanea e separatamente. Questo va fatto però solo in casi estremi, perché potrebbe essere disfunzionale al servizio medico, ad es. in un reparto ospedaliero. Le relative valutazioni al riguardo variano ovviamente da caso a caso, secondo variabili che non sono suscettibili di categorizzazione.

Con la delega dovrebbe anche disporsi, presso il medico di medicina generale, l'acquisizione dell'anamnesi, prossima, remota e familiare del paziente. Quando il medico di medicina generale ha l'anamnesi fra i suoi dati informatici, è sufficiente una stampa con chiara la provenienza. Altrimenti, quale veicolo di acquisizione non restano che le s.i.t. L'anamnesi è di particolare utilità per gli accertamenti medico legali, prima ancora dell'autopsia e fin dal momento in cui si formula un'ipotesi sulla causa di morte. Non solo: può poi consentire una diagnosi tanatologica, quando dall'autopsia non sia emerso nulla di significativo, né all'osservazione macroscopica al tavolo settorio, né successivamente al microscopio (c.d. autopsia bianca). In questi casi, se all'anamnesi del paziente figura, ad es., fibrillazione atriale, la tanatodiagnosi potrebbe essere fondatamente formulata in termini di scompenso cardiaco acuto da aritmia maligna (c.d. morte elettrica).

Dovrebbero essere assegnati alla p.g. tempi particolarmente brevi per svolgere le indagini delegate, perché l'obiettivo non può che essere quello di giungere agli accertamenti medico-legali con già svolte tutte le indagini che si possono svolgere prima. E' evidente che va ricercata la professionalità nell'Autorità di p.g. delegata. Sotto tale profilo, va privilegiato il N.A.S., peraltro con facoltà di subdelega, nell'ipotesi in cui si debbano fare sequestri e/o acquisire s.i.t. non in loco. O anche, autonomamente o insieme al N.A.S., la Sezione di P.G. della Procura, a prescindere dall'Aliquota, in particolar modo quella a disposizione dei sostituti del Gruppo colpa.

7. Tempi per la delega.

Circa i tempi a disposizione per rispondere alla delega, si ricorda che una salma correttamente custodita nell'apposita cella frigorifero si può mantenere, senza che i successivi accertamenti medico-legali ne soffrano, anche fino a dieci giorni o oltre, a seconda della temperatura di conservazione. Ma in ogni caso le indagini vanno svolte nel più breve tempo possibile ed è tutt'altro che fuori luogo l'indicazione nella delega del giorno e dell'ora in cui l'esito delle indagini delegate deve essere depositato in Procura. Vale il principio aureo: *non importa se domenica o Natale*. C'è una salma a disposizione sulla quale, anche se perfettamente conservata, i fenomeni post mortali avanzano, a parte poi le pressioni angoscianti dei familiari per riaverla, soprattutto quando non sono loro i denunciati. D'altra parte e in definitiva, spesso sequestro di documentazione sanitaria e acquisizione di s.i.t. sono davvero atti d'indagine rapidamente eseguibili.

Per non creare troppa ansia dei tempi all'Autorità delegata si può evitare di chiedere la redazione di informativa riassuntiva, non prevista a pena d'invalidità e comunque rinviabile ad un secondo momento o sostituibile con un decoroso riassunto scritto del p.m. o con l'epicrisi contenuta molto spesso nella relazione del consulente medico-legale, nella quale epicrisi si tiene conto anche di dati di fatto acquisiti nelle indagini. Ad es., dolore toracico del paziente risultante dalle s.i.t. di un prossimo congiunto.

8. Prima consulenza.

Ottenuto l'esito delle indagini delegate, va conferita una prima consulenza tecnica, come atto ripetibile e quindi senza autopsia, con il quesito avente ad oggetto la formulazione di un'ipotesi tanatologica e ogni altra notizia utile a fini di giustizia.

E' d'importanza fondamentale che la scelta del consulente cada su persona di sicura affidabilità e competenza.

Per il conferimento di questo incarico, non è necessaria la presenza in Procura del consulente. Il relativo decreto, insieme a tutti gli atti del fascicolo possono essere inviati via mail al consulente, ovviamente previ accordi. L'art. 15 della legge 24/17 (c.d. legge Gelli) prevede, nei casi di responsabilità sanitaria, il conferimento della consulenza ad un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti della disciplina interessata. L'osservanza della disposizione non è prevista a pena d'invalidità, dal che potrebbe desumersi il solo desiderio legislativo di professionalità. In ogni caso, in questa prima fase, è sufficiente il conferimento dell'incarico al solo medico legale, venendo in

rilievo principalmente la causa di morte. Ma soprattutto perché non si è ancora constatato se vi siano indizi a carico di taluno e se quindi si tratti effettivamente di un caso di responsabilità sanitaria, che costituisce espresso presupposto di applicabilità dell'art. 15 cit. Infine la collegialità potrebbe essere in questa prima fase motivo di rallentamento delle indagini, per ragioni topografiche, d'impegni di lavoro, caratteriali ecc.

La risposta del consulente può giungere anche via pec, ma in tempi rapidi.

9. L'iscrizione nel registro degli indagati.

Da questa risposta, e ovviamente dall'esame degli atti, si è in grado di stabilire se vi siano persone da iscrivere nel registro degli indagati. E' frequente l'ipotesi che non ci sia nessuno da iscrivere, perché la morte del paziente è l'epilogo della storia naturale della sua malattia, nonostante tutti gli ostacoli medici che correttamente e talvolta generosamente si sono opposti al suo incedere. In tal caso, il fascicolo era e rimane un modello 44.

Altre volte invece emergono indizi a carico di taluno che ha avuto in cura il paziente. Ad es., la causa di morte è una dissecazione dell'aorta toracica risultante dalla cartella clinica e compatibile con la storia clinica del paziente; il quadro di dolore toracico del paziente risulta indagato solo per infarto del miocardio dal medico del Pronto Soccorso, che poi ha dimesso il paziente: il consulente mette senz'altro in rilievo questo dato e va quindi iscritto nel registro degli indagati il solo medico del Pronto Soccorso e non i medici del 118, che hanno trasportato il paziente o il medico di medicina generale che ha allertato il 118 o i cardiocirurghi che alla disperata hanno proceduto ad una toracotomia quando il paziente è stato ritrasportato in ospedale, quando ormai la parete aortica si stava aprendo a buccia di banana, avendo già ceduto l'avventizia.

Il vantaggio di questo modus operandi è palmare: non si iscrivono innocenti nel registro degli indagati! Si evitano danni umani, sociali e anche economici, che altrimenti produce un procedimento penale. Nell'esempio di poc'anzi, un'analisi poco approfondita avrebbe portato in ipotesi a iscrivere tutti o parte di quei medici, con la giustificazione di facciata "l'iscrizione è un atto dovuto", mentre il principio deve essere "l'iscrizione è un atto a ragion veduta".

10. Consulenza come atto irripetibile.

A questo punto può procedersi alla consulenza come atto irripetibile, con nomina dello stesso medico legale già prima nominato. L'avviso, ex art. 360 c.p.p., va dato agli indagati e ai prossimi congiunti, anche se non ci sono indagati. L'autopsia non sempre è necessaria, ad es. in ipotesi di suicidio per precipitazione del paziente psichiatrico. Tuttavia, l'irripetibilità dell'atto rimane, per i fenomeni post mortali, che altereranno irreversibilmente la salma. Trattandosi di materia prettamente medico-legale, se procedere o no all'autopsia deve essere oggetto di dialogo con il consulente, i difensori e i consulenti delle parti al momento del conferimento dell'incarico. Può anche lasciarsi l'opzione al consulente, facendo precedere il quesito dalla formula: *previ tutti gli accertamenti che riterrà opportuni, compreso l'esame autoptico.*

In ipotesi di iscrizione di indagati, oltre alla nomina del medico legale, potrebbe essere a questo punto necessaria anche la nomina di uno specialista nella disciplina interessata ex art. 15 legge Gelli. E' preferibile discutere questa eventuale necessità con il medico legale. La nomina di altro specialista può avvenire anche in un secondo momento, ma è auspicabile la sua presenza e interlocuzione al tavolo settorio.

Il quesito varia di volta in volta a seconda di quanto prima accertato. Tuttavia per soddisfare la pretesa di determinatezza dell'art. 5 della legge Gelli, in punto colpa non deve sfuggire il parametro ivi indicato e cioè linee guida e buone prassi clinico assistenziali, che dovranno essere specificamente indicate dal consulente nella relazione. Anche della letteratura medica, italiana o estera, deve pretendersi la specifica indicazione: opera e pagine.

La presenza del p.m. all'autopsia è consigliabile, perché è in sala settoria che il p.m. può valutare in modo particolare l'affidabilità e la competenza del medico legale, mediante l'osservazione e l'interlocuzione.

Ma soprattutto la presenza del p.m. in sala settoria è consigliabile, per la differenza che esiste fra il vedere e l'immaginare che cosa è successo. E' come andare o non andare a vedere i luoghi teatro di un infortunio sul lavoro. E' in sala settoria che s'impara a dominare in fatto un processo penale per responsabilità medica.

La medicina legale svolge lo stesso ruolo che le regole della logica svolgono in qualunque altro processo: fa capire che cosa è successo. Vedendo, ad es., un albero coronarico calcifico con stenosi critica diffusa, si capisce perché anche con una coronarografia in urgenza non

si sarebbe potuta evitare la morte per un infarto recidivante. Altrimenti lo si può solo immaginare.

Se le indagini sono state fatte prima correttamente, l'uscita dalla sala settoria con il fascicolo in mano si accompagna ad una sorprendente chiarezza di idee, che mai altrimenti si sarebbe potuta raggiungere, anche con ore e ore di studio del fascicolo.

Peraltro, a parziale giustificazione della nota riottosità o mancanza di tempo, va detto che dopo l'avvento della fotografia digitale, il corredo iconografico alle relazioni di consulenza è decisamente migliorato, per la possibilità di scegliere poi quali foto allegare. Foto che, talvolta, mettono a tacere qualsiasi questione.

Un'interlocuzione, almeno telefonica, con il consulente è però necessaria. Per sua formazione, il p.m. vede il processo in divenire e può decidere quali parti della salma vanno o no conservate in formòlo. D'altra parte, nel nulla osta al seppellimento occorre indicare la causa di morte e questa dovrebbe essere alquanto specifica e non l'ovvio "arresto cardiocircolatorio", il che è come dire che è morto perché non è più vivo.

11. Eventuali ulteriori iscrizioni.

Così impostate le indagini, l'autopsia non riserva quasi mai sorprese, perché si constata quanto prima ipotizzato. L'autopsia non dovrebbe essere un atto d'indagine di esplorazione, ma di verifica. Va però sospesa, se nel corso della stessa sorgono indizi a carico di persona non iscritta. Ad es., l'ipotesi tanatologica è quella di uno scompenso cardiaco, ma in corso di autopsia si profila invece un danno iatrogeno per l'uso del bisturi durante un intervento chirurgico, senza che di ciò vi fosse prima in atti alcuna traccia. In questa ipotesi, si procede alle fotografie e poi la salma va ricollocata nelle apposite celle frigorifero.

Si procede ad ulteriore iscrizione, con la solita dovuta attenzione. Nell'esempio appena fatto non si iscrive il secondo operatore, se la scelta operatoria non è stata precedentemente concordata e risulta frutto di un'iniziativa estemporanea del capo equipe, come può desumersi dalla scheda operatoria (principi di Sez. III, 5684-14, Bufalini, est. Graziosi). Né tantomeno va iscritto l'anestesista.

Si procede poi a nuovi avvisi ex art. 360 c.p.p. a tutti. E nuovo conferimento consulenza. E' un po' laborioso, ma l'indagato ha i suoi diritti che vanno ovviamente tutelati. Non solo: in questo modo si prevencono facili eccezioni d'inutilizzabilità di atti d'indagine. D'altra parte si tratta d'ipotesi davvero rare, se le indagini sono state fatte prima correttamente.

12. Esercizio dell'azione penale.

In ipotesi d'iscrizione d'indagati, il deposito della consulenza deve assolutamente avvenire entro 90 giorni dall'iscrizione. Infatti, se dalla lettura della consulenza e degli atti emerge l'inutilità dell'udienza preliminare, è preferibile procedere a giudizio immediato, ovviamente dopo avere invitato l'indagato a rendere l'interrogatorio. E' ormai l'unico modo per salvarsi dalla prescrizione, visti i tempi di svolgimento dei processi. Con un lavoro di qualità e in tempi rapidi, la prima udienza dibattimentale può aversi anche dopo soli sette, otto mesi dalla commissione del fatto.

Nella formulazione dell'imputazione, in ipotesi di più imputati, è necessario indicare l'art. 113 c.p., solo se taluno di loro non ha assunto la posizione di garanzia. Ad es., un'immagine diagnostica è stata inviata per telemedicina ad un radiologo che non aveva in cura il paziente e che ha dato un parere erroneo poi condiviso dai curanti. Altrimenti la contestazione dell'art. 113 c.p. è inutile, perché in ogni caso ognuno degli imputati è inosservante di una regola cautelare a lui diretta e la sua condotta è per questa ragione tipica, senza necessità quindi che la tipicità venga assegnata con l'art. 113. Ha un senso solo se s'intende contestare un'aggravante della cooperazione colposa, ad es., l'art. 112 n. 3 c.p., quindi non in funzione d'incriminazione, ma di disciplina. Ma comunque è chiaro che se si contesta l'art. 113 c.p., per giurisprudenza consolidata occorre poi provare quel requisito di fattispecie del concorso improprio che è dato dalla consapevolezza di essere coinvolti in una comune attività. Il che può non risultare semplice, quando l'attività dei diversi medici non è svolta in modo sincronico, ma diacronico, anche a notevole distanza spazio-temporale.

L'imputazione serve poi a porre l'imputato nella condizione di difendersi. Soprattutto dopo l'entrata in vigore della legge Gelli, è giocoforza indicare quali linee guida non sono state osservate e in quale parte di esse, risultando tipica la relativa condotta inosservante. A meno che non si tratti di regole cautelari di origine giurisprudenziale, quali quelli sull'omessa diagnosi differenziale di una malattia che è stata la causa di morte e per le quali si può richiamare un precedente di legittimità (ad es., Sez. IV, 34729-11, Rovasio, est. Romis).

Infine l'imputazione non è la cartella clinica ed è quindi pletorica l'indicazione di dati che poi in ipotesi saranno oggetto di prova. L'imputazione deve essere "ficcante" come si dice in gergo, e non "ballerina". Ad es., per un quadro anemico, basta indicare che l'ematocrito

era 29, senza necessità d'indicare che si trattava di paziente femmina e che non era incinta altrimenti poteva anche andare bene. Cose come queste sono conosciute dai medici e non sono funzionali al diritto di difesa. Semplicemente l'imputato non ha approfondito un quadro anemico, a fronte di un quadro laboratoristico di ematocrito 29 e di un quadro clinico di pallore e astenia. Non solo per l'imputato ciò è auspicabile, ma anche per il p.m., perché poi, secondo una giurisprudenza invalsa dal 2014, il p.m. dovrà provare esattamente "la sequenza fenomenologica" che indica in imputazione (da ultimo: Sez. IV, 826-18, Iannuzzi, est. Gianniti). Il messaggio è fin troppo chiaro: *tutto quello che scrivi, poi lo devi provare*. Nell'esempio di prima, sarebbe facile provare che la paziente era femmina, ma decisamente meno facile provare che non era incinta.

13. Richiesta di archiviazione.

Fare capire bene al giudice perché non s'intende procedere, deve essere lo spirito che anima la richiesta di archiviazione. Quindi occorre evitare il copia-incolla di atti d'indagine, di parti della consulenza e di documentazione sanitaria, a volte anche mediante scanner. La tentazione a farlo può essere forte, perché si può pensare che così la richiesta si fa bene. Ma su questo modo di argomentare è caduto lo stigma persino delle Sezioni Unite, anche se in altro argomento, ma l'impostazione metodologica è la stessa (Sez. Un., 40516-16, Del Vecchio, est. Blaiotta).

La richiesta di archiviazione deve essere chiara e concisa, non pletorica di dati, non un elenco di precedenti giurisprudenziali e neppure uno studio di letteratura medica. In termini chiari e concisi deve contenere il perché si ritiene che sia infondata la notizia di reato. Ad es., una possibile motivazione potrebbe essere, nella sua essenza: *"Il quadro cardiologico era compromesso e l'omessa coronarografia è stata ininfluente, atteso che il tronco comune e l'ostio della coronaria destra erano occlusi da placche arteriosclerotiche (v. foto n. 5 e 7 allegate alla relazione di consulenza del p.m.) e che quindi non vi si sarebbe potuto passare neppure il filo guida"*.

Accade di frequente che i prossimi congiunti, avvisati della richiesta di archiviazione, vogliano parlare con il p.m.: è preferibile riceverli. Non tanto per cercare di evitare l'opposizione alla richiesta di archiviazione, quanto invece per spiegare loro il perché della richiesta. Si tratta spesso di persone che non sanno né di medicina, né di giurisprudenza. E nonostante si senta dire il contrario, spesso non sono a caccia di un risarcimento. Semplicemente hanno bisogno di una spiegazione di come le cose sono andate, perché

hanno un lutto troppo duro da elaborare. Vanno semplicemente ascoltate e se piangono, non servono i codici, ma i fazzolettini da tenere sempre a disposizione, perché a volte non li hanno. O non li hanno a sufficienza. Di più il p.m. non può fare, perché non è uno psicoterapeuta. Ma da essere umano può far capire che esiste una storia naturale della malattia, che ha vinto il braccio di ferro con il medico, perché la vita ha le sue regole, che non sono regole di giustizia e che vanno accettate se si vuole vivere bene il presente e il futuro, abbracciando il passato.

Sassari, 19 febbraio 2018

Il Procuratore della Repubblica

Giovanni Caria



Il Coordinatore del Gruppo Colpa

Paolo Piras



PROCURA DELLA P. P. PUBBLICA
PRESSO IL TRIBUNALE DI SASSARI
DEPOSITATO OGGI IN SEGRETERIA

Sassari, 19.2.2018

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Luigi Alfonso

