

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 2 Numero 10

Agosto 2005

Indice

Incesto, pedofilia e uso di Internet	Pag. 1
Linee elettriche e leucemie infantili	Pag. 1
Sovrappeso e' meglio	Pag. 2
Anche se per ricerca, attenzione ai dati personali	Pag. 2
Obblighi di chi si ammala all' estero	Pag. 2
Il tutore non decide l' eutanasia	Pag. 3
Sostituzione in studio: gli onorari	Pag. 3
Meno limiti a risarcimenti in polizza	Pag. 3
Era impotente? La moglie va risarcita.	Pag. 7
Stipendio adeguato alle mansioni	Pag. 7
Codice deontologico: onere o supporto?	Pag. 8
Illegittimo arbitrato per obbligo	Pag. 8
"Il medico e la legge": Chirurgia estetica	Pag. 10 cap. 19
"Il medico e la legge": Importanza dell' Assicurazione	Pag. 10 cap. 20 fine
Malati per forza? Una denuncia del BMJ	Pag. 11
Nuova nota AIFA 30 bis	Pag. 11

La relazione tra incesto, pornografia e uso di Internet : una revisione critica della letteratura sull'argomento

R. Benci

La relazione tra pornografia e incesto e, più in generale, i reati sessuali, è stata studiata dal punto di vista sociale, criminologico, psicologico e psichiatrico. In questa revisione critica verrà analizzato in particolare il fenomeno dell'incesto e della violenza sui bambini e quindi la sua possibile correlazione con l'utilizzo di pornografia. La particolare attualità del fenomeno dell'abuso sessuale sui bambini e il recente sviluppo di iniziative come il COPINE (Combating Paedophile Information Networks in Europe) Project volti a classificare e prevenire questi fenomeni e la diffusione della pornografia infantile nonché le recenti modifiche nelle leggi anche a livello Europeo, stimolano un riferimento all'utilizzo del mezzo telematico con riferimento a questi argomenti. Considerazioni sull'utilizzo dei sistemi peer-to-peer e sull'accessibilità della pornografia con riferi-

mento alla pornografia infantile.

Introduzione: cenni storici e culturali

Già quasi 15 anni fa nell'ambito delle pubblicazioni pornografiche un ruolo importante era giocato dalle parafilie. La progressiva specializzazione del settore pornografico nel 1991 in USA arrivava al 24.4% e di questo circa il 50% era costituito dal sado-masochismo mentre oltre il 21% era costituito specificamente dal tema incesto⁽¹⁴⁾. È presumibile che con la diffusione di Internet e la diminuzione dei costi di diffusione, queste cifre si siano ulteriormente modificate e in una certa misura frammentate con ulteriori "specializzazioni" in parafilie più dettagliate.

Dal punto di vista storico e sociologico, è stato notato come le diversità culturali e religiose della società a composizione multi-etnica, influenzano sulla percezione dell'evento incestuoso, in modo particolarmente evidente nelle società a impronta rigidamente patriarcale⁽⁵⁾. A questo si somma un fre-

quente conflitto culturale che coinvolge la lealtà al partner, alla famiglia estesa e alla comunità etnica in generale. Un lavoro di Alaggia, in particolare, analizza questi conflitti con la prospettiva di un miglioramento dell'assistenza alle vittime da parte dei service providers i cui operatori condividevano la stessa percezione di inadeguatezza nell'adattare il servizio alle diverse esigenze culturali⁽⁵⁾. Le conclusioni sono le stesse in altri studi tra cui quello di Tsun condotto a Hong Kong⁽¹⁸⁾: anche in questo caso di incesto fratello-sorella la famiglia patriarcale, il forte senso di vergogna e la corrispondente necessità di mantenere il segreto sono causa di forte disagio e difficoltà nel cercare aiuto.

Il comportamento sessuale considerato "deviante", d'altra parte, è soggetto a diverse valutazioni culturali in funzione del periodo storico e della struttura della società. È sufficiente pensare a come la prostituzione in alcune antiche culture fosse considerata una professione del tutto (pag. 4)

Linee elettriche e leucemie infantili causa-effetto o solo coincidenze?



Nascere a meno di duecento metri da un pilone dell'alta tensione aumenterebbe il rischio di ammalarsi di leucemia infantile del 70% rispetto a chi è nato a più di 600 metri. Sono stati considerati 2900000 bambini di età compresa tra 0 e 14 anni, malati di cancro (tra

essi 9.700 di leucemia) nati tra il 1962 ed il 1995 ed altrettanti soggetti di controllo. Lo studio è stato effettuato valutando la distanza dall'indirizzo di residenza ove il bambino sarebbe nato rispetto al reticolato della linea elettrica. I risultati sono (segue a pag. 6)

Qualche chilo di troppo (forse) non e' poi cosi' dannoso...

Stando ai NHANES il sovrappeso, ma non l'obesità, sarebbe associato ad una riduzione della mortalità rispetto al normopeso.

Gli autori di questo studio si proponevano di valutare la relazione esistente tra BMI e mortalità.

Per far questo hanno messo mano ai dati degli studi cosiddetti National Health and Nutrition Examination Survey, conosciuti anche con la sigla NHANES. Il NHANES I esamina gli anni 1971-75, il NHANES II gli anni 1976-80 con follow-up fino al



In ogni caso dovra' rifare il guardaroba....

1992 e il NHANES III gli anni 1988-1994 con follow-up fino al 2000. In base ai valori di BMI (peso diviso altezza in metri al quadrato) i soggetti sono stati stratificati in quattro categorie: sottopeso (BMI < 18,5), normopeso (BMI tra 18,5 e 24,9), sovrappeso (BMI tra 25 e 29,9), obesità (BMI >= 30).

Rispetto ai normopeso vi era, per gli obesi, un eccesso di morti pari a 11-1.909 (IC95% 5-3.754 -170.064). Sempre rispetto ai normopeso, avere un BMI < 18,5 portava ad un eccesso di morti di 33.746 (IC95% 15.726-

51.766).

Sorprendentemente invece il semplice sovrappeso non era associato ad un aumento della mortalità, anzi vi era un minor numero di decessi pari a 86.094 (IC95% 10.966 - 161.223).

Un altro dato interessante deriva dal paragone dei tre NHANES: la mortalità associata alla obesità aveva un trend in diminuzione e risultava più bassa nei NHANES II e III che nel NHANES I.

Fonte: JAMA. 2005 Apr 20; 29-3:1861-1867.

[Non tutti gli studi sono concordi. Prima di abbandonarsi smodatamente ai piaceri della tavola, sarà bene forse attendere ulteriori conferme...

Commenti e approfondimenti ragionati in merito, ad opera di Renato Rossi, sono consultabili su www.pillole.org DZ]

Illecito il trattamento dei dati personali, anche a fini di ricerca, se non autorizzato

Il Garante per la privacy, con NewsLetter del 24/04/2005, n. 252, ha comunicato di aver disposto il blocco di dati personali acquisiti nel corso di una ricerca universitaria condotta in una scuola elementare, per trattamento illecito.

La ricerca era finalizzata alla redazione di una tesi di laurea sulla rappresentazione sociale del maltrattamento infantile.

L' iniziativa era stata autorizzata dal

dirigente scolastico ma i suoi scopi non erano stati resi noti nè agli alunni, nè ai loro genitori, che non avevano prestato il consenso e non erano stati messi al corrente della facoltatività dell'iniziativa stessa.

Tale ricerca aveva inoltre comportato l'acquisizione di dati sensibili dei minori, agevolmente identifi-

cabili visto il ristretto ambito di indagine. A seguito del provvedimento l'Università titolare della ricerca - che aveva sostenuto la liceità del trattamento dei

dati personali in quanto avvenuto nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali - non ha potuto utilizzare più queste informazioni dovendo limitarsi alla sola conservazione. GZ

*Attenzione alle
norme sulla
Privacy!*

Ammalati all' estero? Avvertire il datore di lavoro!

Puo' accadere che un lavoratore si ammali durante un soggiorno all' estero. In questo caso il principio di correttezza e buona fede che informa il rapporto di lavoro impone l' obbligo di darne comunicazione al datore di lavoro. L' omissione di tale adempimento puo' influire sulla prosecuzione del rapporto lavorativo in quanto viene ad essere impedito il diritto del datore di lavoro di controllare lo stato

di malattia e la giustificata assenza. La comunicazione permette al lavoratore di provarla a distanza di tempo, con il solo limite della impossibilità incolpevole di effettuare la prescritta comunicazione stessa.

Il datore di lavoro, su cui grava l'onere della prova della giusta causa o del giustificato motivo di licenziamento, può limitarsi, nel caso in cui tale giusta causa sia data dalla assenza ingiu-

ustificata del lavoratore dal posto di servizio, a provare che tale assenza si sia effettivamente verificata, mentre grava sul lavoratore l'onere di provare la dipendenza dell'assenza a causa a lui non imputabile.

GZ—DZ

Cassazione civile Sentenza, Sez. IV, 24/06/2005, n. 13622

Il tutore non puo' pretendere l' eutanasia dell' interdetto

Cassazione - Sez. ICivile ; Ordinanza 20/4/05 n. 8291/2005

Massima della Cassazione.

La Corte esamina per la prima volta la questione dell'eutanasia; e la affronta in un caso nel quale il padre, in qualità di tutore della figlia interdetta, aveva proposto ricorso per cassazione avverso il decreto della corte d'appello con cui, in sede di reclamo, era stata rigettata la sua istanza di autorizzazione alle interruzione delle cure di alimentazione artificiale della figlia medesima che si trova in stato vegetativo permanente irreversibile per effetto di un trauma cranico-encefalico riportato a seguito di un incidente stradale occorso nel lontano 1992.

La Corte di cassazione, con l'ordinanza n. 8291 del 2005, aderendo alle conclusioni del procuratore generale,

dichiara inammissibile il ricorso, in quanto non notificato ad alcuno, tenuto conto che nella specie non ci si trova in presenza di un procedimento nel quale non sia individuabile un soggetto portatore di un interesse diverso da quello attribuito al soggetto istante.

Al riguardo la Corte afferma che il provvedimento di autorizzazione richiesto, che il tutore afferma corrispondente all'interesse dell'interdetto, può non corrispondervi: "lo stabilire se sussista l'interesse (al provvedimento autorizzatorio) - prima che l'attuabilità dello stesso giuridicamente - presuppone il ricorso a valutazioni della vita e della morte, che trovano il loro fondamento in concezioni di natura etica o religiosa, e comunque (anche) extragiuridiche, quindi squisitamente soggettive: con la conseguenza che giammai il tutore potrebbe esprimere una valutazione che, in difet-

to di specifiche risultanze, nella specie neppure analiticamente prospettate, possa affermarsi coincidente con la valutazione dell'interdetta". E siccome deve ritenersi che l'interdetta nella specie non sia in condizione di esprimere la propria valutazione, e quindi la propria scelta, secondo la Corte deve trovare applicazione l'art. 78 cod. proc. civ., che prevede la nomina di un curatore speciale al rappresento quando vi è conflitto di interessi con il rappresentante. Difatti, in mancanza di specifiche disposizioni, non è configurabile un generale potere di rappresentanza in capo al tutore con riferimento agli atti personalissimi. L'affermata sussistenza di altro soggetto quale necessario contraddittore nel giudizio costituisce, secondo la Corte, ragione sufficiente per la dichiarazione di inammissibilità del ricorso.

I nuovi onorari per le sostituzioni dei Medici di Famiglia

La nuova Convenzione per i Medici di Famiglia ha cambiato i parametri di calcolo dell' onorario da corrispondere al sostituto. I nuovi onorari sono generalmente piu' bassi di quelli previsti nel precedente ACN.

Il sistema indicato di seguito calcola prima il costo giornaliero per paziente (che resta invariato per tutto il periodo di validita' dell' ACN), poi lo moltiplica per il numero dei pazienti e per il numero dei giorni di sostituzione. Possono tuttavia essere usati anche altri sistemi di calcolo. L' onorario spettante al sostituto e' calcolato nella misura del 70% della quota capitarla annua (8.62 euro/

paz./anno). Tale 70% corrisponde a 27.03 euro/paz/anno, che corrisponde, dividendo per i 365 giorni, a 0,074 Euro/paziente/giorno.

Per ottenere la cifra da corrispondere quindi occorre moltiplicare tale cifra (0,074) per il numero dei pazienti e poi per il numero di giorni della sostituzione: $0,074 \times n. \text{ pazienti} \times \text{giorni di sostituzione}$. Un medico con 1000 pazienti dovrà versare quindi normalmente $0,074 \times 1000 = 74$ Euro al giorno.

La cifra però va ulteriormente corretta a seconda del periodo dell' anno: - cifra intera nei mesi di aprile- maggio- ottobre e novembre ($0,074 \times \text{pazienti} \times n.$

giorni sostituz)

- maggiorata del 20 % nei mesi di dic-gen-feb e marzo ($0,074 + 0,0148 = 0,089$ Euro x pazienti x giorni)

- ridotta del 20 % nei mesi di giugno-luglio-agosto-settembre. ($0,074 - 0,0148 = 0,059$ Euro x pazienti x giorni).

Il medico con 1000 assistiti andrà a versare quindi, in estate, 59,2 Euro/die.

Dalla cifra complessiva il titolare dovrà sottrarre il 20% che verserà come ritenuta d'acconto. Il sostituto dovrà lasciare regolare fattura.

Guido Zamperini - Daniele Zamperini

Illegittime le polizze che limitano i risarcimenti degli incidenti stradali

Contrasta con il diritto comunitario la disciplina di diritto interno o la clausola contrattuale che prevede il diniego o la limitazione del risarcimento dovuto dall'assicurazione auto obbligatoria in ragione della corresponsabilità del passeggero nella causazione



Risarcisca, e non faccia storie!

del danno, anche nelle ipotesi di guida in stato di ebbrezza di un conducente diverso dal proprietario dell'auto. Obiettivo della legislazione comunitaria è quello di garantire che l'assicurazione

obbligatoria per gli autoveicoli consenta a tutti i passeggeri vittime di un incidente di essere risarciti dei danni subiti.

Corte Giust. CE Sentenza 30/06/2005, n. C-537 (riportata da IPSOA).

La sentenza in esteso su www.scienzaeprofessione.it

rispettabile e a volte a carattere sacrale. Se una certa devianza sessuale è generalmente tollerata come mezzo di sollievo dallo stress, negli ultimi anni si sono verificate delle vere e proprie pressioni culturali per la "normalizzazione" di quella che era stata considerata una devianza⁽¹⁹⁾. La progressiva accettazione dell'omosessualità nelle culture occidentali ne è un esempio. C'è addirittura chi, come Singh, sostiene che in USA si stiano progressivamente formando delle lobbies per arrivare alla percezione dell'incesto stesso come fenomeno in parte socialmente accettabile⁽¹⁹⁾. In sintesi, sembrerebbe corretto affermare che il "regolare" comportamento sessuale non è assoluto, ma è determinato da quello che la società in cui si vive considera correntemente accettabile. Ne consegue inoltre che gli operatori del settore educativo devono essere a conoscenza di questo fenomeno per poter meglio programmare e adattare i loro interventi⁽²⁵⁾.

Comuni acquisizioni sugli ambienti a rischio

È possibile in certa misura prevedere quali siano gli ambienti a rischio di incesto. È nota da tempo la maggiore frequenza del fenomeno dell'abuso sessuale negli alcoolisti. Nel 1990 Langevin rilevava che era frequente riscontrare tra i sex offenders l'uso della marijuana e delle "street drugs" come i derivati della cocaina e delle amfetamine sebbene meno del 20% della sua casistica presentasse un vero problema di abuso⁽²⁰⁾. È un dato ormai accettato che nelle famiglie con un maggior numero di figli l'incesto sia un fenomeno più comune⁽⁹⁾. Naturalmente questo dato deve essere spesso posto in relazione con il basso reddito e l'educazione della famiglia con particolare riguardo alla pianificazione familiare e alla contraccezione.

Sarebbe addirittura possibile, secondo alcuni, prevedere un pattern di alterate relazioni marito-moglie nel contesto delle quali si ritroverebbe più comunemente il fenomeno dell'incesto. In un articolo del 1990, infatti, Lang-Reuben e Langevin⁽¹¹⁾ analizzano le relazioni matrimoniali in un campione di incest offenders. Si trovano pressoché costantemente disarmonie nel rapporto di coppia, mancanza di fiducia e di amici comuni, scarso tempo trascorso assieme e una bassa soddisfazione nei rapporti sessuali. Secondo questo studio si rivelerebbe un trend di scarsa fiducia nel coniuge. Tutti gli offenders lamentavano una non sufficiente conoscenza del coniuge prima del matrimonio. Riteniamo, comunque, che definire queste disfunzioni (piuttosto frequenti in realtà) del rapporto di coppia una chiara predisposizione all'incesto sia una forzatura inaccettabile sotto l'aspetto psicologico e medicolegale.

Comuni conseguenze dell'incesto

Le conseguenze dell'abuso sul bambino sotto forma di incesto si prolungano per

tutta la vita adulta e spesso sono devastanti. Si tratta di esperienze spesso rimosse che però possono essere riassunte in disturbi comportamentali, depressivi e di auto-percezione. Sono comuni i disturbi dell'alimentazione, in particolar modo bulimia e disturbi compulsivi. È pressoché costante una bassa autostima e un'alterazione delle relazioni interpersonali, in particolar modo con l'altro sesso. La sensazione di vergogna può essere mascherata o convertita col tempo in fenomeni di tipo isterico come le pseudoconvulsioni⁽¹³⁾. Sono frequenti anche le tossicodipendenze, le dipendenze da alcool e i fenomeni di autolesionismo fino all'ideazione suicida.

È (o dovrebbe essere) pratica comune nella professione medica anche in General Practice, il ricercare sempre una storia di abusi sessuali quando il paziente cerca aiuto per tossicodipendenze, disturbi dell'alimentazione, ideazione suicida reiterata non spiegabile, depressioni croniche o ricorrenti e, più in generale, scarsa autostima.

Tipi meno comuni di incesto

Il più comune tipo di incesto è senza dubbio quello padre-figlia (o padre adottivo-figlia). Nella percezione popolare sembrerebbe che le altre forme più rare come madre-figlio o fratello-sorella siano meno traumatiche ma i dati sperimentali di numerosi autori dimostrano il contrario^(4, 7, 9, 10, 21) e c'è un forte sospetto che le cifre siano in realtà sottostimate perché non tutti i casi vengono riportati⁽⁴⁾. In particolare il fenomeno dell'incesto madre-figlio si dimostra particolarmente subdolo e a volte difficile da differenziare dai normali comportamenti di cura materna dove sia presente un contatto con i genitali malgrado le conseguenze a lungo termine siano potenzialmente disastrose⁽⁷⁾. In uno studio di Kelly, ad esempio, metà delle vittime di questo tipo di incesto ne hanno una percezione mista, quando non addirittura positiva, ma in seguito a verifica oggettiva tramite questionario, queste risentono di un danno nell'adattamento sociale molto superiore rispetto a quante lo ricordano come francamente spiacevole o traumatico⁽⁷⁾. Altri autori come Denov⁽²¹⁾ sottolineano a loro volta le conseguenze in termini di abuso di droghe o farmaci, self-harming, suicidio, depressione, difficoltà a relazionarsi con l'altro sesso, disturbi della personalità fino a casi estremi come quello riportato da Rudominer⁽⁴⁾, dove però l'incesto era parte di una situazione di grave abuso fisico e verbale che dal punto di vista terapeutico era causa di resistenze, controtransfert e, in generale, un'estrema difficoltà di trattamento.

Una menzione a parte merita il lavoro di Cyr⁽⁹⁾ dove viene studiato un gruppo di pazienti tra i 5 e 16 anni che avevano subito violenza da parte di fratelli, padri o padri adottivi. La violenza con penetrazione risultava più frequente nel gruppo fra-

tello-sorella (70.8%) mentre nel gruppo padre-figlia risultava del 34.8% e nel gruppo padre adottivo-figlia scendeva addirittura al 27.3%. Il gruppo fratello-sorella era naturalmente più frequente nelle famiglie con figli numerosi e maggiore promiscuità dove si riscontrava anche un maggiore abuso di alcool. È interessante notare come, contrariamente alla percezione popolare di incesto "più violento" quando si tratti del padre, il disagio clinicamente significativo era presente nel 90% del gruppo fratello-sorella abbassandosi a percentuali del 63.6% nel gruppo padre adottivo-figlia. Le conclusioni di Cyr sono che l'abuso fratello-sorella comporta conseguenze a lungo termine più gravi del classico tipo padre-figlia, quindi non è assolutamente da sottovalutare sia in campo diagnostico che terapeutico. Analoghe conclusioni si ritrovano nel lavoro di Tsun, svolto a Hong Kong ma con risultati pressoché sovrapponibili⁽¹⁸⁾.

Uso della pornografia nel sexual offender

Da più parti si è cercato di determinare se nel fenomeno incesto, nel child abuse e nei reati a sfondo sessuale in genere, l'uso della pornografia sia da considerare un fattore predittivo di rischio. Si è anche cercato di determinare il tipo di pornografia più usato dai child abusers. I risultati non sono completamente univoci.

Già nel 1988 Langevin aveva studiato un possibile rapporto tra fruizione di pornografia come riviste o film e crimini a sfondo sessuale. Lo studio era condotto in Canada su 227 sex-offenders e 50 controlli. Nei risultati la pornografia non risultava collegata alla commissione di reati sessuali né alla recidività criminale dei sex-offenders⁽¹⁵⁾. Lo stesso Langevin pubblica due successivi studi nel 1995 e nel 2004, quest'ultimo condotto su un nutrito campione di 561 sex-offenders dei quali 181 erano child abusers e 223 avevano commesso abuso con incesto. Su 561 solo il 17% risultava fare uso regolare di pornografia⁽²³⁾.

Questa apparente contraddizione può essere, secondo noi, chiarita se si tiene conto dei risultati di Marshall⁽²⁴⁾ e di Howitt⁽¹⁶⁾. Nel child abuser, infatti, la fruizione del materiale pornografico non sembra essere collegata a un generico fattore di rischio quanto invece utilizzata *immediatamente in preparazione* all'abuso. In tutti questi studi un elemento comune risultava l'uso nei child abusers di materiale soft-core o eterosessuale adulto, mentre la pornografia infantile era sorprendentemente rara.

Una tesi di laurea di Wheeler del 1997 sembrerebbe invece arrivare a conclusioni leggermente diverse identificando un rapporto più diretto tra il reato a sfondo sessuale e la fruizione di pornografia⁽²²⁾ ma anche lo stesso Wheeler conferma la funzione immediatamente preparatoria del materiale pornografico che nella sua casistica ammonta a oltre il 33%.

Contrariamente a quanto sostenuto dal Progetto COPINE, dunque, questa revisione della letteratura sull'argomento sembrerebbe escludere l'uso di pornografia e, nello specifico, la pornografia infantile come fattore di rischio nello sviluppo della condotta pedofilica o come chiaramente predittivo di comportamento criminale.

Sulla base della revisione della letteratura esistente, l'uso di pornografia anche infantile sembrerebbe invece assimilabile all'utilizzo di alcool o droghe nella preparazione all'atto criminale. L'uso del materiale pornografico sarebbe inoltre un fattore scatenante in personalità criminali già formate e spesso recidive come sottolineato chiaramente da Marshall ⁽²⁴⁾ quando evidenzia una diretta correlazione dell'uso del materiale pornografico con la cronicità dell'abuso e la criminalità sessuale ricorrente.

Internet e il child sex abuse

Nella Comunità Europea recentemente si stanno facendo sempre più frequenti le azioni congiunte contro lo scambio di



materiale pedo-pornografico. La legislazione si è inasprita e la sensibilità comune sta provocando la formazione di gruppi di pressione per limitare lo scambio di questo materiale che, infatti, negli ultimi 4 anni è diventato sempre più raro sui newsgroup ⁽⁶⁾. Progetti come il COPINE (Combating Paedophile Information Networks in Europe), stanno studiando il fenomeno nei suoi aspetti sociali, psicologici e psichiatrici allo scopo di identificare i soggetti a rischio, prevenirne l'azione e, dove possibile, riabilitarli mediante trattamento psicologico ⁽¹²⁾.

In un recente studio, Chase ⁽³⁾ classifica lo sfruttamento sessuale dei bambini in UK in tre grandi categorie: 1) Utilizzo per produzione di materiale pornografico 2) Avviamento alla prostituzione 3) Vero e proprio traffico di bambini. Finora sembrerebbe che l'aspetto più studiato sia il 2) mentre la funzione di Internet nella pedofilia non trova ancora tutti concordi. Dal lavoro di Chase, infatti, emergerebbe che l'uso patologico di Internet per la pornografia infantile sia un fattore di rischio solo per le personalità chiaramente criminali e pedofiliche, il che concorderebbe con l'analisi esposta nel capitolo prece-

dente.

D'altra parte il progetto COPINE e Quayle, che firma quasi tutti gli studi sul loro sito Internet, sembrano arrivare a conclusioni parzialmente divergenti utilizzando un approccio che a volte appare forse più aneddotico che obiettivamente statistico ⁽²⁾. Il lavoro di Quayle appare interessante in uno studio ⁽¹⁾ dove sono intervistati 13 uomini condannati per avere prelevato immagini pornografiche di bambini e ne classifica le motivazioni secondo 6 classi: 1) Allo scopo di ottenerne eccitamento sessuale 2) Come oggetti da collezionare 3) Come strumento per facilitare le relazioni sociali 4) Come modo di evitare la vita reale 5) Come terapia 6) Posto direttamente in relazione all'utilizzo di Internet. E' chiaro come il punto 1) costituisca uno degli aspetti più controversi nella valutazione psicologica del child abuser quando si consideri che non costituisce tanto un elemento di rischio ma che il criminale lo utilizza invece più spesso nella preparazione immediata all'abuso. Il punto 2) è di indubbio interesse in quanto il reperimento di un grande numero di immagini di pornografia infantile (fino a parecchie centinaia di migliaia) e la loro ordinata classificazione non sono fenomeni rari. Per quanto riguarda il punto 3) non è raro che il fruitore di materiale pedo-pornografico trovi i suoi punti di contatto con la società proprio attraverso lo scambio di tale materiale, sebbene questo contatto sia ovviamente patologico e mediato, il che ci collegherebbe ai punti 4-6. La stessa Quayle, comunque, non arriva a concludere chiaramente se l'utilizzo del materiale pedo-pornografico costituisca un vero e proprio sostituto del child abuse o un progetto ("blueprint") che più tardi si concretizzerebbe in violenza ^(1, 12). Inoltre la sua casistica piuttosto limitata in numero lascia aperte le ipotesi ad ulteriori approfondimenti.

Vale la pena di sottolineare, per quanto possa sembrare ovvio, che il download di materiale pedo-pornografico e l'accesso a corrispondenti siti Internet, seppure non necessariamente legato a personalità patologiche o socialmente pericolose, incrementa tuttavia la richiesta di tale materiale secondo le classiche leggi di mercato. I protagonisti di queste immagini o filmati sono pur sempre dei bambini veri nei confronti dei quali si verifica un abuso, quindi il child abuse viene indirettamente incrementato e sostenuto anche dai fruitori di questo genere di pornografia. Secondo la nostra opinione, sarebbe sempre opportuno in sede giudiziaria richiamare l'attenzione del fruitore di pedo-pornografia su questo aspetto di cui non sempre e' conscio.

Un aspetto particolare: il peer-to-peer

Non tutto l'accesso alla pedo-pornografia tramite Internet si verifica tramite veri e propri siti web o i newsgroups. Negli ulti-

mi anni ha acquisito un'importanza cre-



scente l'utilizzo del cosiddetto *peer-to-peer file sharing* di cui esempio storico è il celebre Napster con i suoi cloni. Laddove il sito web o il newsgroup è ospitato su un computer centrale o server, che autorizza l'accesso e il download delle informazioni, il peer-to-peer file sharing ha una struttura più simile a una rete dove viene ricercato un titolo di file anche parziale e il richiedente seleziona gli utenti in quel momento connessi che ne possiedono sul proprio computer una o più parti. Queste vengono in seguito trasmesse al ricevente in modo automatico, senza che si abbia un vero e proprio assenso all'invio da parte del possessore del file. Si viene così a creare un sistema non più gerarchico ma estremamente delocalizzato e con struttura di rete letteralmente costruita volta per volta dal fruitore anziché dal creatore del sito.

Non è raro che in questi ambienti esistano dei files che sono particolarmente ricercati che diventano, quindi, una preziosa "moneta di scambio". La possibilità, da parte di chi offre il file, di alterarne il titolo costituisce un ulteriore elemento di rischio per l'utente che si trova, non di rado, a prelevare dei files che corrispondono a tutt'altro materiale rispetto a quanto era stato ricercato. Questo è particolarmente vero nel caso in cui si associno ai files delle keywords dal momento che, a differenza di files "innocui" le immagini pornografiche vengono sempre associate con un gran numero di keywords (es. anal, black, asian, teen, amateur, young, female, incest, pedo, pre-teen etc.) ed è quindi tutt'altro che raro che la ricerca con una particolare keyword porti al reperimento di materiale di tutt'altro genere.

Il peer-to-peer file sharing, da semplice ambiente di scambio di files musicali, è diventato via via sempre più sofisticato e ricco di "merce" grazie all'incremento del bacino di utenza e alla crescente velocità ed efficienza delle connessioni. Oltre a questo, si deve notare come tale sistema costituisce al giorno d'oggi il metodo preferito dai ragazzi per ottenere materiale visivo o sonoro. Infatti, l'accesso a un sito web che ospiti materiale commerciale (come sono appunto i files musicali o il materiale cinematografico) può richiedere un'autenticazione dell'identità e a volte l'invio di dati di carta di credito mentre il peer-to-peer file sharing è libero per tutti.

Questo costituisce da una parte un maggiore fattore di rischio nei confronti dei minori che si trovano esposti a una mole di materiale pornografico immensamente superiore a quella dei classici siti web e dall'altra un agevole mezzo di "agganciamento" tramite le funzioni chat che sono sempre integrate nel software. Ad analoghe conclusioni è arrivato nel 2000 Greenfield⁽⁸⁾

Bibliografia

1) Child pornography and Internet: perpetuating a cycle of abuse

Quayle E., Taylor M., *Deviant Behaviour Jul-Aug 2002*;23(4):331-62

2) Child seduction and self-representation on the Internet

Quayle E., Taylor M., *Cyberpsychol Behav Oct 2001*;4(5):597-608

3) Commercial and Sexual Exploitation of Children and Young People in the UK--A Review.

Chase E., Statham J., *Child Abuse Review, Jan-Feb 2005*;14(1):4-25c

4) Consummated mother-son incest in latency: a case report of an adult analysis

Rudominer H.S., *J Am Psychoanal Assoc Summer 2002*; 50(3):909-35

5) Cultural and religious influences in maternal response to intrafamilial child sexual abuse: charting new territories for research and treatment.

Alaggia R., *J Child Sex Abuse 2001*; 10(2):41-60

6) Diminishing incidence of internet child pornographic images.

Bagley, C., *Psychological Reports Aug 2003*;93(1):305-306

7) Effect of mother-son incest and positive perceptions of sexual abuse experiences on the psychosocial adjustment of clinic-referred men

Kelly R.J., Wood J.J., Gonzalez L.S., MacDonald V., Waterman J., *Child Abuse Negl Apr 2002*; 26(4):425-41

8) Inadvertent exposure to pornography on the Internet: Implications of peer-to-peer file-sharing networks for child development and families.

Greenfield, P.M., *Journal of Applied Developmental Psychology, Special Issue: Developing Children, Developing Media: Research from Television to the Internet from the Children's Digital Media Center A Special Issue Dedicated to the Memory of Rodney R. Cocking, Nov-Dec 2000*; 25(6):741-50

9) Intrafamilial sexual abuse: brother-sister incest does not differ from father-daughter and stepfather-stepdaughter incest

Cyr M., Wright J., McDuff P., Perron A., *Child Abuse Negl Spe 2002*; 26(9):957-73

10) Male survivors' perspectives of incest/sexual abuse

Ray S.L., *Perspect Psychiatr Care Apr-Jun 2001*; 37(2): 49-59

11) Marital Relations in Incest Offenders

Lang-Reuben A., Langevin R., Van Santen V., Billingsley D. et al., *Journal of Sex & Marital Therapy 1990*; 16(4): 214-29

12) Model of problematic Internet use in people with a sexual interest in children

Quayle E., Taylor M., *Cyberpsychol Behav Feb 2003*; 6(1):93-106

13) Motor conversion symptoms and pseudo-seizures: a comparison of clinical characteristics

Stone J., Sharpe M., Binzer M., *Psychosomatics Nov/Dec 2004*; 45: 492-99

14) Paraphilias in U.S. pornography titles: "Pornography made me do it" (Ted Bundy)

Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law 1991;19(1):43-8

15) Pornography and Sexual Offences

Langevin R., Lang-Reuben A., Wright P., Handy L. et al., *Annals of Sex Research 1988*; 1(3): 335-62

16) Pornography and the paedophile: Is it criminogenic?

Howitt D., *British Journal of Medical Psychology Mar 1995*;68(1):15-27

17) Psychosocial characteristics of criminals committing incest and other sex offences: a survey in a Taiwanese prison

Lung F.W., Huang S.F., *Int J Offender Ther Comp Criminol Oct 2004*; 48(5) 554-60

18) Sibling incest: a Hong Kong experience

Tsun A., *Child Abuse & Neglect Jan 1999*; 23(1):71-9

19) Social basis of deviant sexual behaviour: a historical perspective

Singh A., *Bull Ind Inst Med Hyderabad 1999 Jan*; 29(1):51-62

20) Substance Abuse Among Sex Offender

Langevin R., Lang-Reuben A., *Annals of Sex Research 1990*; 3(4): 397-424

21) The long-term effects of child sexual abuse by female perpetrators: a qualitative study of male and female victims

Denov M., *J Interpersonal Violence 2004 Oct*; 19(10):1137-56

22) The relationship between pornography usage and child molesting

Wheeler D.L., *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities & Social Sciences Feb 1997*; 57(8-A):3691 segg.

23) The use of pornography during the commission of sexual offences

Langevin R., Curnoe S., *Int J Offender Ther Comp Criminol Oct 2004*; 48(5): 572-86

24) The use of sexually explicit stimuli by rapists, child molesters, and non-offenders

Marshall W.L., *Journal of Sex Research May 1988*;25(2):267-88

25) Variations in sexual behaviour

Juhasz A.M., *Journal of Research & Development*

Linee elettriche (Segue da pag. 1) che 64 bambini con la leucemia erano nati a circa 200 metri dai piloni, 258 tra i 200 ed i 600 metri. Tra chi era nato entro 200 metri dai piloni si sarebbero registrati cinque casi di leucemia in più sul totale di 400 casi che si verificano ogni anno. Rispetto ai nati a più di 600 metri dal reticolato elettrico il rischio di leucemia aumenterebbe del 69% per i nati entro 200 metri, mentre entro una distanza tra 200 e 600 metri la percentuale di aumento del rischio sarebbe del 23% circa. Nessuna associazione tra distanza di nascita dalla linea elettrica ed altri tumori pediatrici è stata osservata nello studio.

Fonte: BMJ 2005;330:1290-2.

Commento di Luca Puccetti

Ecco un ulteriore studio che davvero corre il rischio di sollevare un immen-

so polverone basato sul nulla. Secondo questo studio nascere vicino rispetto alla linea elettrica comporterebbe un maggior rischio rispetto a chi nasce più lontano. Occorre subito dire che questi risultati sono in controtendenza con quelli di un altro studio, molto ampio, sempre realizzato in UK (Br J Cancer 2000; 83(11): 1573- 1580). Prima di tutto si è preso in esame il luogo di residenza dei genitori e lo si è presuntivamente trasformato in luogo di nascita e di sviluppo dei bambini, ma nulla ci conferma che i neonati abbiano veramente soggiornato e siano veramente cresciuti nel luogo dove presuntivamente dovrebbero esser nati. Inoltre lo studio metterebbe in evidenza un rischio anche a distanze a cui ogni studio fisico ci dice che il campo magnetico originato dalla linea elettrica è assolutamente eguale a quello di fondo (Bioelectromagnetics 1997; 18: 47-57). I lavori di biofisica indicano che i tessuti più sensibili all'azione dei campi magnetici dovrebbero essere quelli nervosi, ma lo studio non dimostra alcun aumento del rischio di neoplasie cerebrali o del SNC. Per spiegare il risultato bisognerebbe ipotizzare l'esistenza di diversi meccanismi biologici per la carcinogenesi associata al campo elettromagnetico a seconda dell'organo bersaglio considerato. Gli autori dichiarano di aver controllato per un certo numero di confounding factors, tra cui le condizioni socio-economiche e la stabilità di residenza mediante controllo dei codici postali dal momento della nascita a quello della diagnosi. La spiegazione più immediata di questi dati è che le linee elettriche sono tanto più fitte quanto più il territorio è denso di popolazione e necessitante di energia. E' probabile che dunque il maggior rischio non sia dovuto alle linee elettriche, ma agli inquinanti cittadini o industriali. Inoltre le linee elettriche che sono state studiate sono quelle a 400 Kv, ma non sono state prese in esame quelle a 132 Kv e tutti i 260.000 trasformatori posizionati sui pali (Statistics of Electricity Supply. Electricity Council, Millbank, London, 1987). Ancora, il rischio legato al campo elettromagnetico originato dalla linea è probabilmente meno importante di quello originato dagli elettrodomestici della casa e su questo dato non c'è alcuna correzione. Possiamo continuare dicendo che le linee elettriche ad alto voltaggio (pag. 7)

Linee elettriche *Continua da pag. 6*

sono spesso costruite lungo le autostrade e dunque anche in questo caso possono entrare in gioco inquinanti e carcinogeni diversi. In conclusione lo studio al massimo può dimostare che esiste una variabilità geografica del rischio di leucemia, ma non è in grado di attribuire un ruolo causale alle linee elettriche. Studi di questo genere, offrono il destro a tutti coloro che, ignari o peggio noncuranti delle cautele metodologiche, aspettano ogni pretesto per sollevare campagne scandalistiche, spesso basate sul nulla, che aizzano le popolazioni a comportamenti irrazionali.

Commento di **Daniele Zamperini**

E' ben nota la difficoltà di ottenere conclusioni certe o almeno altamente probabili da studi osservazionali di popolazione, per l'estrema variabilità dei fattori confondenti e l'ovvia impossibilità, per motivi etici, di sottoporre esseri umani a sperimentazioni controllate su fattori di cui si sospetta la pericolosità. Per questi motivi si

sono resi necessari, in casi analoghi, studi di particolare estensione e complessità (vedi ad esempio, a proposito dei temuti rischi connessi all'uso dei telefoni cellulari, il progetto INTERPHONE, coordinato tra 13 Paesi e di cui si attendono a brevissimo termine i risultati definitivi). Sul sito dell'ENEA (http://www.emprotect.enea.it/) sono poi rinvenibili alcuni lavori che evidenziano alcuni effetti biologici dei campi elettromagnetici a bassa frequenza (quelli degli impianti elettrici). Come, ad es., l'aumento di micronuclei (segno di interessamento del materiale genetico) nei lavoratori co-esposti a basse dosi di radiazioni ionizzanti (che da sole non producono effetti) e poi esposti a campi magnetici pulsanti. O l'evidenza di apoptosi precoce in cellule umane sottoposte a campo magnetico. Un ricercatore, ad esempio, concludeva che: "Dai risultati ottenuti si può osservare che i campi elettromagnetici 50 Hz applicati causano delle alterazioni nei livelli di 5-HT e del suo metabolita 5-HIAA: Tali variazioni ci indicano che nelle aree

cerebrali analizzate il sistema serotonergico è un importante bersaglio per gli ELF-EMF. Complessivamente le alterazioni nei livelli dei neurotrasmettitori e nella densità dei recettori μ oppioidi sembrano indicarci che l'esposizione prolungata a campi elettromagnetici a bassa frequenza (50 Hz) possa essere un fattore di rischio ambientale per patologie neurodegenerative, tra cui la Demenza di Alzheimer, e alcune malattie psichiatriche, come la schizofrenia e i disturbi dell'affettività. ". E' quindi parere di chi scrive che quando gli studi appaiono non conclusivi o non definitivi, debba venire comunque mantenuto un atteggiamento di vigile prudenza, non preconcetta. La circostanza che un fatto non sia definitivamente dimostrato non autorizza automaticamente a ritenere che sia stato dimostrato l'opposto. Lo studio citato all'inizio ha comunque sollevato problemi che pure dovrebbero, in ogni modo, trovare una spiegazione, senza allarmismi e senza drammi ma mantenendo una vigile attenzione e proseguendo le ricerche, senza preconcetti.

Ingannata sulla capacità sessuale del marito: va risarcita

Risarcibile il danno causato dal silenzio sull'incapacità di consumare il matrimonio

(Cassazione civile Sentenza, Sez. I, 10/05/2005, n. 9801)

L'aver volontariamente disatteso l'obbligo di comunicare alla propria consorte, sin dai tempi del fidanzamento la propria incapacità coeundi contravviene ai doveri di lealtà, correttezza e buona fede e dà luogo alla lesione di fondamentali della persona costituzionalmente riconosciuti, che è presupp-

sto della responsabilità civile.

E' quindi fondata la pretesa risarcitoria del coniuge cui è stato taciuto prima del matrimonio l'incapacità di avere rapporti sessuali completi, in quanto tale omissione lede valori della persona costituzionalmente protetti e diritti inviolabili che esigono la riparazione mediante indennizzo.

L'intensità dei doveri coniugali derivanti dal matrimonio, segnati da indelebilità ed indisponibilità, si riflette

anche nei rapporti tra le parti prima del matrimonio che, nella prospettiva della costituzione di tale vincolo, devono essere improntati agli obblighi di lealtà e di correttezza, comprensivi anche dell'obbligo di informazione sulle circostanze che afferiscono alle proprie condizioni psicofisiche idonee a compromettere le finalità stesse del matrimonio.

Il matrimonio, quindi, deve essere basato sulla fiducia reciproca, e tale base deve essere posta già anteriormente.

Mansioni superiori? Stipendio adeguato

Diritto all'adeguamento della retribuzione corrisposta al medico che assume mansioni superiori

TAR Lazio - Roma, Sentenza 19/05/2005, n. 3982

L'assegnazione a mansioni superiori del medico a seguito delle dimissioni precedenti titolare del ruolo di primario non dà diritto a maggiorazioni retributive solo nel limite dei sessanta

giorni per ciascun anno solare, per cui il prolungamento del ruolo oltre tale periodo produce a favore del datore di lavoro un ingiustificato arricchimento che va compensato al ricorrere di altri presupposti quali un preventivo provvedimento di incarico che esula dagli obblighi sostitutivi posti a carico del personale medico con qualifica di aiuto per la sostituzione del primario, la disponibilità del relativo posto in or-

ganico e l'essere l'incarico relativo a mansioni della qualifica immediatamente superiore.

Tale trattamento retributivo differenziato spetta anche se tale incarico si protragga oltre il termine stabilito ex lege ed a prescindere dalla successiva attivazione del procedimento concorsuale previsto per la copertura del posto.

Fonte: www.ipsoa.it

Codice Deontologico: una incombenza o un supporto?

La FNOMCEO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri) ha recentemente proposto un testo di aggiornamento del nostro Codice Deontologico, la cui ultima stesura risale al 1998. Gli "Esperti", tanto a livello nazionale che locale, stanno esaminando il nuovo testo con un paziente lavoro di esegesi e di modifica che ricorda le discussioni conciliari sui Testi Sacri.

Ma cosa pensano i "non esperti"? Quale è il loro interesse in questo lungo e difficile lavoro?

Dato che per nascita e per scelta sono da sempre molto più vicino ai "non esperti", ho avuto modo di conoscere il loro pensare ed il loro sentire sul tema "Deontologia e Codice Deontologico". Ve lo propongo perché ritengo che anche i progetti più ambiziosi siano destinati a cristallizzarsi in strutture affascinanti, ma rigide e fragili se non inserite nel fluire quotidiano della vita.

Quale è il comune sentire, quello del medico che lavora 10 ore al giorno e che fa fatica a concentrarsi sui problemi dell'etica e della filosofia morale?

Cosa pensa, come sente questo medico il nostro "Codice Deontologico"?

Ho interrogato molti di questi colleghi e mi sono interrogato perché penso di essere anche io, nel bene e nel male, un medico comune.

Ho scoperto che noi medici comuni abbiamo difficoltà ad esprimere con immediatezza il nostro pensiero su questioni che vanno ben oltre la medicina pratica: ho proposto allora ad alcuni colleghi di esprimere con una immagine il loro sentire nei confronti del nostro Codice: sono emerse due immagini che vi ripropongo così come mi sono state presentate, sottolineando come, pur nella loro irreverenza, esse esprimano purtroppo anche parte del mio sentire.

La prima è quella di una parrucca settecentesca: un pregevole orpello da indossare nelle grandi occasioni.

La seconda ci rimanda ai ricordi liceali: ai trattati ed ai manualetti tipo "Bignami": proscritti dai nostri austeri insegnanti, ma presenti sotto i banchi di gran parte di noi: il Codice sarebbe dunque il trattato, il "Bignami" la difficile pratica quotidiana.

Alcune Riflessioni

Se leggiamo il Codice Deontologico (nuovo o seminuovo non fa differenza) anche solo con quel minimo atteggiamento di critica costruttiva con cui Martin Luther nel lontano XVI secolo tradusse la Bibbia in lingua tedesca, non può non colpirci il "file rouge" che scorre lungo tutto il nostro Codice: quello degli Obblighi e dei Divieti.

Fin dal secondo dopoguerra la pedagogia e la psicologia dell'apprendimento ci hanno messo in guardia sulla efficacia delle ammonizioni e degli obblighi: se vogliamo ottenere una adesione convinta ad una serie di norme, dobbiamo proporle quali soluzioni di problemi concreti, sottolineando come l'accettazione di un limite o l'adozione di un particolare atto procedurale possa garantire un risultato migliore. Se invece il messaggio pedagogico si basa unicamente sul divieto e sull'obbligo, nel migliore dei casi si potrà ottenere una adesione formale, suscitando spesso la sensazione di una fastidiosa incombenza.

Se esaminiamo gli articoli del Codice in vigore - il nuovo non si discosta sotto questo aspetto - notiamo è un ininterrotto susseguirsi di obblighi e divieti "il medico deve... non deve... è tenuto... non è tenuto."

Che tipo di adesione possiamo dunque attenderci dal comune medico?

Come biasimarlo se terrà il trattato bene in mostra, ma poi sotto il banco continuerà ad utilizzare il "Bignami"?

Cosa ci attendiamo dal nuovo Codice visto che di fatto si limita a recepire obblighi e divieti espressi dalle più recenti leggi dello stato?

Vogliamo ancora accontentarci di un in-

crescioso "gioco delle parti"?

No cari colleghi, i tempi sono ormai maturi per un cambiamento e, visto che altri non lo propongono, credo che l'Ordine di Padova abbia la forza e la autorevolezza per proporlo.

Una proposta concreta

Un nuovo Codice Deontologico, accanto ed in aggiunta ad obblighi e divieti, dovrebbe prevedere modelli positivi e linee di indirizzo che ci sostengano nelle molte difficili scelte del nostro agire quotidiano.

Il medico comune inizierebbe così a consultare il Codice non solo per conoscere quanto altri hanno deciso che egli debba fare o non fare, ma anche e soprattutto per trovare risposte ai problemi etici e deontologici che ogni giorno deve affrontare.

Scendendo dall'empireo dei principi alla concretezza degli esempi possiamo citare due modelli di comportamento, uno molto noto e diffuso, l'altro meno noto ma molto interessante per le prospettive che apre.

Il primo modello è quello della "Good Clinical Practice Europea" recepita con direttiva UE del 2001 ed in Italia con il D.L. 211 del 2003, cui il nostro nuovissimo Codice fornisce tutto sommato poco risalto: anche in questo caso sono enunciati obblighi per il medico, ma l'impianto è molto attento alla qualità delle cure e propone un modello positivo con il quale il lettore medico tende ad identificarsi idealmente. Anche il comune medico ha un guizzo d'orgoglio e cercherà di ispirarsi a queste preziose norme.

Il secondo esempio riguarda la comunicazione di una diagnosi infausta e propone il modello elaborato dallo psico-oncologo Robert Buckman che in sei tappe aiuta il medico ad entrare in una relazione terapeutica positiva con il malato grave, sostenendolo nel difficile e delicato momento della prima comunicazione (il lavoro di Buckman è stato pubblicato nel 2003 dalla Raffaello Cortina).

Chi legga sul tema quanto previsto da nuovo e nuovissimo Codice ancora una volta riporterà la sensazione di quel giovane in partenza per un lungo e difficile viaggio al quale un arcigno genitore rivolge una sequela di raccomandazioni e di ammonizioni dimenticando quella semplice e preziosa domanda che distingue un padre da un patrigno: "Posso fare qualcosa per Te ?"

Riccardo De Gobbi

Illegittimo l'arbitrato obbligatorio

Illegittime le norme contenenti la previsione di arbitrato obbligatorio per la risoluzione delle controversie.

L'arbitrato può essere concordato solo per libera scelta delle parti.

E' costituzionalmente illegittimo l'art. 13 del regio decreto-legge 28 agosto 1930, n. 1345 nella parte in cui prevede un arbitrato obbligatorio per la risoluzione delle controversie relative alla costruzione o all'esercizio dell'ac-

quedotto del Monferrato e all'applicazione dello stesso decreto. Poiché, infatti la Costituzione garantisce ad ogni soggetto il diritto di agire in giudizio per la tutela dei propri diritti ed interessi legittimi, il fondamento di qualsiasi arbitrato è da rinvenirsi nella libera scelta delle parti, che, sola, può derogare al precetto contenuto nell'art. 102, comma primo, Cost., sicché la "fonte" dell'arbitrato non può più ricercarsi e porsi in una legge

ordinaria o, più generalmente, in una volontà autoritativa. (Corte Costituzionale Sentenza 08/06/2005, n. 211)

Il medico e la legge

cap. 19: il chirurgo estetico

Le difficoltà connesse all'adattamento rigido della distinzione tradizionale tra obbligazioni <<di mezzi>> e obbligazioni di <<risultato>>, già affrontata, si avvertono forse con maggiore intensità quando si pone attenzione alla particolare cura che la giurisprudenza ha riservato a particolari ipotesi di responsabilità professionali sanitarie. Mi riferisco in particolare alle prestazioni del chirurgo estetico e del dentista.

Quale che sia la scelta dell'interprete, tra le due impostazioni sopra ricordate -conferma o superamento della distinzione tradizionale- le prestazioni professionali del chirurgo estetico -ma anche del dentista- sono rivisitate, soprattutto dalla giurisprudenza, nel senso della rottura con l'adesione alla categoria delle obbligazioni <<di mezzi>>, rinvenendo al contrario un'obbligazione <<di risultato>> a disciplina dell'attività professionale in oggetto.

Venendo ora alla disamina della prima delle due figure professionali sanitarie, quella del chirurgo estetico, si è autorevolmente sottolineata[1] l'inutilità della differenziazione, tra sanitari in genere e chirurghi estetici, sostenendosi che non sarebbe più opportuna alla luce della rinnovata concezione della salute, intesa anche nelle accezioni comprensive della soddisfazione psicologica derivante dall'accettazione del proprio aspetto fisico. Invero, ad una differenziazione di questo

genere si oppone anche una valutazione d'ordine medico legale, sulla base della quale non appare corretto sostenere che, nella specialità in esame, a

fronte di una diligente prestazione del chirurgo, debbano conseguentemente conseguirsi risultati estetici soddisfacenti, ben potendosi produrre risultati di segno opposto, o comunque non soddisfacenti, legati a fattori fisiologici o patologici peculiari al paziente, non sempre prevedibili.

Sarebbe pertanto eccessivamente penalizzante per il chirurgo estetico valutare la sua responsabilità[2] secondo i canoni relativi alle obbligazioni <<di risultato>>, ben potendosi semmai puntare l'attenzione -coerentemente con quanto detto in punto di superamento della distinzione in oggetto- sul diligente adempimento del dovere d'informazione del paziente, gravante sul chirurgo estetico, come sugli altri sanitari, fondamentale anche in questa specialità al fine di determinare le condizioni ideali per una partecipazione cosciente del paziente e per la prestazione di un consenso all'intervento od alle terapie altrettanto pieno e cosciente.

Sembra in effetti più corretto, spostare l'attenzione dall'inquadramento tradizionale della prestazione in oggetto, vuoi nelle obbligazioni <<di risultato>> vuoi in quelle <<di mezzi>>, ad un piano diverso che privilegi la fase della definizione del contenuto della prestazione del chirurgo estetico, data la delicatezza particolare che in questa specialità assume anche la prestazione del consenso da parte del paziente.

E' il chiarimento del contenuto della prestazione[3], in sede contrattuale, da farsi per iscritto, che formalizzerebbe, disegnandone i confini, ad un tempo e l'informazione sul trattamento e i limiti di responsabilità del chirurgo che si

impegna ad una determinata opera. La circostanza che la peculiarità dell'intervento del chirurgo estetico sottende, legata soprattutto alla finalità non meramente necessaria alla salute bensì tesa ad un miglioramento estetico, ha fatto da più parti sostenere[4] che il consenso informato dovrebbe, in questo caso, essere considerato in modo più attento e rigoroso, comunque diverso[5].

Ma a questa posizione si oppone una considerazione di non poco conto: discriminare la specialità in esame sostenendo la necessità di valutare più rigorosamente la fase dell'informazione e della prestazione del consenso, significherebbe introdurre, all'interno della scienza medica, una differenziazione che non trova specifiche ragioni deontologiche per essere sostenuta.

Come si potrebbe infatti sostenere che un paziente che debba sottoporsi ad un intervento a cuore aperto abbia diritto ad un'informazione meno accurata[6] di quella alla quale avrebbe invece diritto il paziente che si sottoponesse ad una plastica facciale ?

Ma l'elaborazione giurisprudenziale non si è fermata a questo, creando, con non poche perplessità tra gli stessi giudici della Suprema Corte[7], un'ennesima differenziazione all'interno della categoria delle prestazioni poste in essere dal chirurgo estetico, ossia quella tra interventi di chirurgia estetica <<ordinari>>, ed interventi di chirurgia estetica c.d. ricostruttivi[8].

Questi ultimi sarebbero interventi riferibili a casi, come quello trattato dalla sentenza in commento, nei quali sia stato il paziente stesso a procurarsi volontariamente alcune alterazioni - nel caso di specie tatuaggi osceni e ripugnanti- per poi volerne conseguire l'eliminazione. Di fronte a casi simili il contenuto dell'obbligo d'informazione sarebbe diverso rispetto a quello richiesto, al contrario, nei casi di chirurgia estetica <<ordinaria>>, dovendosi nel primo caso adempiere all'obbligo d'informazione del paziente in modo meno rigoroso e limitato agli esiti eventuali che potrebbero rendere vana l'operazione, e non dovendo il medico spingersi oltre nell'informazione diligente al paziente.

Cap. 20: Importanza dell' assicurazione

L'assicurazione della responsabilità civile dei professionisti è acquisizione relativamente recente. Si comprenderà tale affermazione ponendo mente all'origine della professione intellettuale e alla sua genesi, specialmente con riguardo alla professione che qui interessa esaminare. Finché il medico, o l'avvocato, sono stati considerati come interpreti di arti che nulla o quasi avevano a spartire con forme di responsabilità professionale, anche l'esigenza

di sottoscrivere contratti di assicurazione professionale è rimasta a margine della loro attività.

Il giudizio di responsabilità, un tempo inconciliabile[1] con la concezione antica della professione intellettuale, espressione della <<libertà morale e dell'indipendenza nelle decisioni del professionista>>, ora assume contorni del tutto diversi, e per certi aspetti pericolosamente opposti: le azioni di responsabilità si sono fatte sempre più

Chirurgo estetico (da pag. 9)

Ebbene, a chi scrive questa conclusione sembra inaccettabile, (a pag. 8) introducendo una distinzione tra pazienti di "categoria superiore" e pazienti "di categoria inferiore" che dovrebbe consentire al chirurgo una modulazione del proprio dovere d'informazione piena del paziente assolutamente discrezionale, dando accesso di fatto ad un'alterazione del contenuto della sua prestazione, che parrebbe ricollegato ad una valutazione del medico stesso sulla identificazione del tipo d'intervento -ricostruttivo/non ricostruttivo- che non appare fondata.

Sembra, in conclusione, che la strada intrapresa, caratterizzata dalla rivisitazione[9] della distinzione tradizionale tra prestazioni <<di mezzo>> e prestazioni di <<risultato>> possa fornire fecondi apporti anche nei settori che, in virtù di tale differenziazione, hanno subito maggiormente le sue estremizzazioni, spostando piuttosto l'attenzione sulla corretta e completa informazione del paziente e sulla prestazione cosciente del consenso al trattamento al quale si deve sottoporre; su tali premesse si potrà definire a quale opus il sanitario è chiamato e quali siano i confini di responsabilità che l'obbligazione che ha assunto descrivono, senza fondare la qualità dell'informazione da fornire su differenti categorie di prestazioni, dando seguito a bizantine distinzioni, piuttosto sottolineando l'importanza di un'informazione sempre diligente quale contenuto indefettibile della prestazione del sanitario.

Avv. Nicola Todeschini

Assicurazione (da pag. 9)

L'evoluzione ha vissuto un moto di sviluppo tale che oggi le compagnie assicurative, maggiormente impegnate sul fronte dell'offerta di polizze sulla responsabilità professionale, lanciano addirittura un allarme: il sistema sembra essersi incamminato verso il collasso. I dati che vengono sottoposti all'attenzione del settore descrivono un quadro nel quale i ricavi derivanti dai premi versati sarebbero di gran lunga superati dagli esborsi, ai quali le assicurazioni sarebbero tenute in seguito a pronunce sempre più severe. Secondo gli ultimi dati disponibili[3], nel 1995 la raccolta premi della RC medica ammontava a 180 miliardi e i sinistri risarciti a 360, il doppio. Appena un anno dopo, invece, i premi raccolti sono sì arrivati a 250 miliardi, ma i risarcimenti hanno raggiunto i 750 miliardi, triplicando cioè il livello degli "esborsi" rispetto alle "entrate". L'ANIA denuncia il peso che la RC del medico ha esercitato sui dati complessivi: i premi hanno rappresentato solo l'8,3% della raccolta della RC generale (pari a circa 2.981 miliardi), laddove i risarcimenti hanno inciso per il 23 % sul complesso dei sinistri pagati (3.242 miliardi). Come può essere agevolmente compreso, l'incidenza del rapporto medico paziente, e più generalmente la responsabilità professionale dei sanitari sta assumendo contorni, anche sotto il profilo assicurativo, di assoluta emergenza. Il sistema assicurativo dovrà correre ai ripari e calibrare al meglio la propria offerta sulla base di una rinnovata valutazione del rischio, anche in funzione dell'affidabilità dell'assicurato. In questo senso sarà molto importante individuare alcuni parametri di riferimento sulla scorta dei quali valutare

attentamente la posizione -in particolare modo- della struttura da assicurare, sotto il profilo del rispetto degli standard di sicurezza e di capacità di gestione del rischio. Anche l'individuazione, all'interno della struttura, di un responsabile della gestione del sinistro, come già anticipato in apertura, sarà certamente d'aiuto per monitorare e gestire in modo più complesso, ma certamente più corretto e meno costoso, l'intero processo.

Quest'inversione di tendenza nella valutazione del rischio e nella personalizzazione dell'assicurazione avrà anche l'effetto di promuovere un salto di qualità delle stesse strutture verso standard di qualità sempre più elevati [4].

Un possibile elemento di ulteriore allarme, per il mercato assicurativo, potrebbe essere ricollegato dall'individuazione di precisi oneri connessi al consenso informato, soprattutto se si pone attenzione al rilievo che assume l'autonoma individuazione del dovere d'informare il paziente, connessa all'altrettanto autonoma sanzione per la violazione dello stesso.

Pretendere che la struttura si adegui alle nuove esigenze che richiamano l'attenzione sulla corretta descrizione del rischio, condotta sulla base dell'attenta analisi della dottrina e della giurisprudenza, appare condizione fondamentale per l'auspicabile adeguamento del sistema.

Avv. Nicola Todeschini
www.studiolegaletodeschini.it
membro dello Studio Legale Consumerlaw

[Per motivi di spazio, gli articoli completi di note e bibliografia sono scaricabili su:

www.scienzaeprofessione.it]

L' avvocato lo paga l' assicurazione

L'assicurazione è obbligata a liquidare al danneggiato le spese sostenute per l'assistenza legale extraprocessuale

La Suprema Corte di Cassazione ha ribadito che è posto a carico della compagnia di assicurazione il pagamento dell' assistenza legale anche extraprocessuale e delle spese connesse conseguenti ad un sinistro stradale, dal momento che al danneggiato spetta, in ragione

del suo diritto di difesa, costituzionalmente garantito, la possibilità di farsi assistere da un legale di fiducia, e, in ipotesi di composizione bonaria della vertenza, ad ottenere il rimborso delle relative spese legali. del danno dovuto alla circolazione stradale l'esercizio dei

diritti è infatti subordinato a controlli e condizioni che non sono affatto estranei al processo, ma mirano a delimitare il thema decidendum in contraddittorio tra le parti.

Cassazione civile Sentenza, Sez. III, 31/05/2005, n. 11606

Malati per forza? Gli eccessi della medicalizzazione

Un editoriale del BMJ lancia l'allarme sulla eccessiva medicalizzazione e sulla continua riduzione dei valori di normalità della pressione arteriosa e del colesterolo.

L'editoriale ricorda che già nel 1999 più di 800 medici inviarono una lettera aperta all'Organizzazione Mondiale della Sanità mostrandosi preoccupati per le linee guida emanate appunto dall'OMS che portavano ad un maggior uso di farmaci antipertensivi con incremento della spesa farmaceutica ma benefici clinici probabilmente limitati.

L'editoriale prosegue ricordando uno studio da cui risulta che, applicando le attuali linee guida sull'ipertensione e sull'ipercolesterolemia, all'età di 24 anni circa la metà della popolazione norvegese dovrebbe essere considerata a rischio e all'età di 49 anni questa percentuale sale al 90%. Tenuto conto che l'aspettativa media di vita in Norvegia è di quasi 79 anni, se si dovesse applicare le raccomandazioni delle linee guida la maggioranza degli adulti dovrebbe essere trattata con farmaci per periodi lunghissimi (decenni).

Gli autori dell'editoriale non negano che i farmaci debbano essere usati nei soggetti ad alto rischio, ma richiamano l'attenzione sul fatto che più si abbassano le soglie di normalità più si fanno diventare malati soggetti a rischio basso o medio-basso, con il pericolo di trattare un numero molto elevato di soggetti per avere dei benefici piccoli. In realtà gli studi finora disponibili hanno considerato periodi di trattamento sostanzialmente brevi rispetto a quelli reali che dovrebbero essere di decenni e non sappiamo quali potrebbero essere gli effetti collaterali a livello di popolazione di tratta-

menti così prolungati. Altri punti considerati dagli autori sono:

- 1) gli effetti collaterali dei farmaci di solito tendono ad essere poco evidenti negli RCT, disegnati soprattutto per mettere in evidenza end-point ben specifici, ma sono aspetti da considerare con attenzione nella pratica quotidiana
- 2) ci sono evidenze limitate sulla efficacia preventiva dei vari farmaci usati contemporaneamente mentre il rischio di interazioni negative è reale
- 3) l'aumento dei costi potrebbe portare alla crisi di molti sistemi sanitari

Fonte: BMJ 2005 Jun 25; 330:1461.62

Commento di Renato Rossi

Il merito dell'editoriale di Westin e Heath è di puntare i riflettori sulla medicalizzazione esasperata e sulla continua riduzione delle soglie di normalità dei vari parametri biologici (pressione arteriosa, colesterolo, glicemia, ecc).

Del tutto recentemente una rivista rivolta al grande pubblico titolava: "La glicemia giusta deve essere sotto 100".

La conseguenza di tutto questo è evidente: una sempre maggior quantità di persone viene arruolata nella categoria dei malati o dei sani, ma in procinto di ammalarsi. A parte le conseguenze psicologiche del cosiddetto "effetto etichetta" e l'aumento esponenziale della spesa sanitaria, uno degli aspetti da considerare è quale può essere il reale beneficio in termini clinici di questa spinta alla medicalizzazione a tutti i costi. Man mano che si riduce la soglia del rischio oltre la quale prescrivere un trattamento farmacologico aumenta il cosiddetto NNT cioè il numero di persone che è necessario

trattare per evitare un evento.

Supponiamo per esempio che un trattamento con statine riduca il rischio cardiovascolare del 25%. Se si trattano soggetti con un rischio cardiovascolare basale del 25% a dieci anni, l'NNT è di circa 7-8, se però si trattano soggetti con un rischio basale del 10% l'NNT sale a 40. Dato che l'effetto della statina è del tipo "tutto o nulla" (un evento cardiovascolare o si evita o non si evita) un NNT di 40 vuol dire trattare inutilmente e per anni 39 persone, esponendole al rischio di effetti collaterali senza avere alcun beneficio. I dati riferiti dal BMJ sono impressionanti: se si seguissero le attuali linee guida circa 7-8 adulti ogni 10 dovrebbero essere considerati a rischio e per essi si dovrebbe prendere in considerazione una terapia farmacologica.

Anche se questa percentuale in Italia deve essere ridimensionata perchè è noto che nelle popolazioni mediterranee il rischio è più basso che nelle popolazioni nord-europee, forse è tempo di ripensamenti.

Commento di Luca Puccetti

La legge del contrappasso! La deificazione della EBM produce l'effetto paradosso che applicandone pedissequamente i meravigliosi canoni, tutta la popolazione è malata tranne che una piccola coda. Del resto, come già detto più volte, la EBM è stata inventata e sospinta proprio da chi voleva mettere in evidenza vantaggi marginali ed aveva bisogno di un meraviglioso sistema epidemiologico-statistico per trasformare questi vantaggi (o svantaggi) marginali in effetti clinicamente rilevabili e pertanto, secondo un tipico condizionamento mentale, rilevanti. D'altro canto il (segue pag. 12)

Nuova Nota AIFA (30 bis) : Pegfilgrastim

L' AIFA ha stabilito una nuova nota, indicata con il numero 30 bis.

I farmaci interessati:

Pegfilgrastim (Neupog , Neulasta).

Tali farmaci sono prescrivibili solo dietro Piano Terapeutico delle strutture pubbliche autorizzate, con



Si arricchisce il numero dei farmaci posti "sotto tutela" dalla Commissione AIFA

indicazione:

"Neutropenia da chemioterapia (con l'eccezione della leucemia mieloide cronica e delle sindromi mielodisplastiche)".

Attenzione: come per altri farmaci, viene espressamente specificato

che " la prescrizione non è rimborsata dal SSN per altre indicazioni".

Abbiamo pubblicato sul nostro sito (www.scienzaeprofessione.it), aggiornandolo, il noto riepilogo schematico delle note AIFA, da portare comodamente in borsa per consultazioni al bisogno.

MEDICINA, PSICOLOGIA, BIOLOGIA,
NORMATIVA E SCIENZE VARIE
TUTTO CIO' CHE FA CULTURA

Con il Patrocinio di

-Ordine dei Medici della Provincia di Padova
-Societa' Italiana Medicina Generale—Roma
-Associazione Specialisti in Medicina Legale
dell' Universita' Cattolica
- Ass. Culturale (federata FISM) PROMED
GALILEO

SITI COLLEGATI:

-Pillole: www.pillole.org
-Medico e Leggi: www.medicoeleggi.it

Tel.: 333/5961678

e-mail: daniele.zamperini@fastwebnet.it

*Sono gradite
collaborazioni.
Contattateci!*

*Siamo su Internet :
www.scienzaeprofessione.it
Le ultime novita'
aggiornate*

colonialismo culturale ha trasformato la nostra medicina, storicamente basata sulla pratica clinica della gloriosa tradizione dei Giuseppe Moscati, in una sorta di medicina di massa applicata con la pretesa di portare al singolo i vantaggi visti in una popolazione. La concezione contrattualistica della medicina anglosassone, la spinta delle ditte che devono vendere, l'enorme potere di pochi opinion leaders inseriti nei posti chiave dei centri che fanno opinione, la massificazione dell'informazione, la proliferazione di testate che pubblicano ogni cosa pur di sopravvivere, la dipendenza dalla pubblicità, l'ossessiva cassa di risonanza dei circuiti mediatici che ripetono e rilanciano quello che poche Agenzie fanno sapientemente circolare, il ruolo nefasto dei mass media e delle pseudoinformazioni di massa al pubblico, la lunga teoria di avvocati sfornati dalle nostre povere Università cui non bastano più gli incidenti stradali per vivere hanno determinato tutto questo: trasformare la popolazione dei paesi avanzati, che hanno la più alta aspettativa di vita mondiale in gente malata

SCIENZA E PROFESSIONE

Mensile di informazione e varie attualita'
Reg. Trib. Roma n. 397/2004 del 7/10/2004

Dir. Resp.: **Daniele Zamperini**

O.M. Roma 19738 - O. d.G. Lazio e Molise 073422

Versione registrata delle "PILLOLE DI MEDICINA
TELEMATICA" attive dal 1998

www.scienzaeprofessione.it

Redazione

Luca Puccetti (webmaster)
Marco Venuti (agg. legale)
Renato Rossi (coordinatore)
Giuseppe Ressa (redattore)
Guido Zamperini (redattore)

Per riceverla gratuitamente:

Scrivere a d.zamperini@fastwebnet.it

Archivio degli anni passati (dal 1998 al 2004):

Oltre 1700 articoli e varie risorse
su <http://www.pillole.org/> (nuovo sito aggiornato)
o su <http://zamperini.tripod.com>

*Il nostro materiale salvo diverse
indicazioni è liberamente
utilizzabile per uso privato,
riproducibile citando la fonte*

che non sa di esserlo e si ostina a cam- rischio cui è esposta.
pare nonostante i gravissimi fattori di

Ne' malati ne' americani

Coerentemente con la denuncia del BMJ, in un altro articolo di questo stesso numero (pag. 2) e' stato riportato uno studio che evidenzia come le tabelle del peso-forma finora utilizzate siano in realta' troppo restrittive e vadano semmai modificate nel senso di prevedere un peso ideale piu' elevato rispetto a quanto sostenuto finora.

Tale indirizzo appare controcorrente rispetto alla generale tendenza ad abbassare sempre di piu' i limiti di tolleranza al punto da far considerare malate intere popolazioni, e spesso proprio quelle che godono, statistiche alla mano, di maggiore sopravvivenza e di condizioni di salute essenzialmente migliori.

Possono essere chiamate in causa sia le Aziende farmaceutiche multinazionali, con il loro strapotere economico e le raffinate tecniche di pubblicita' palese o occulta, sia la soggezione culturale alla scienza americana e alle sue applicazioni, applicate spesso acriticamente alla generalita' dei soggetti.

Eppure l' eredita' genetica delle varie popolazioni, le abitudini igieniche, l' alimentazione, la qualita' dell' assistenza sanitaria possono essere del tutto diverse e non permettono l' applicazione di regole uniformi.

L' evoluzione della scienza medica ha certamente contribuito in modo rilevante all' aumento degli indici di sopravvivenza e di vita attiva; proprio per questo appare incongruo che venga sempre piu' spesso richiesto, proprio nelle nazioni piu' progredite, di "curare i sani", anche per patologie inesistenti. E' la fine della medicina o un ripensamento del suo ruolo? [G.Z.]