

Ms. B72/33.

ATTI

XXIV CONGRESSO SOCIETÀ ITALIANA ANESTESIA E RIANIMAZIONE



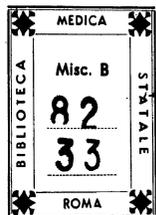
II VOLUME
(pp. 297 - 301 e 307 - 310)

R. SESSO

SPUNTI DI PROBLEMATICIA GIURIDICO-PENALE IN TEMA DI CENTRI ANTIVELENI

(relazione alla tavola rotonda 15)

in appendice: INTERVENTO NELLA DISCUSSIONE



omaggio dell'autore

TAVOLA ROTONDA N. 15
(Moderatore : prof. P. Mazzone)

R. SESSO

SPUNTI DI PROBLEMATICA GIURIDICO-PENALE IN TEMA DI CENTRI ANTIVELENI

(relazione)

2 LUGLIO 1971

SPUNTI DI PROBLEMÁTICA GIURIDICO-PENALE IN TEMA DI CENTRI ANTIVELENI

* R. SESCO

Premetto che sull'argomento cercherò di dire lo stretto necessario e per due motivi: l'attività medica derivante dal funzionamento dei centri antiveleli, comprendendo diagnosi e prescrizioni fatte a distanza (per telefono), implica — sul piano giuridico — situazioni nuove che bisogna inquadrare ricorrendo ai principi generali e — perciò — con molta misura; in particolare, poi, non è argomento da me studiato *ex professo* ma è argomento che, per la sua originalità, ha attratto all'ultimo momento la mia attenzione e perciò è all'ultimo momento che ho il piacere e l'onore di far parte di questa tavola rotonda.

In breve, mi limiterò a degli spunti sul piano della sistematica in riferimento a situazioni che destano interesse prospettate nella relazione scritta del prof. Milčinski (*La responsabilità rispetto ad ordinazioni mediche a distanza nel servizio di consultazione del centro antivelelo*, p. 798 del vol. I degli « Atti ») e nella relazione scritta della dr. Jouglard [che qui è assente] e coll. (*Organisation et fonctionnement du centre anti-poisons de Marseille. Quelques aspects de la responsabilité médicale des centres anti-poisons*, pp. 793-795 del vol. I degli « Atti »).

Secondo me, per tentare di inquadrare rettamente queste situazioni concernenti l'attività medica derivante dal funzionamento dei centri antiveleli è indispensabile muoversi operando una netta distinzione.

Bisogna, cioè, distinguere le situazioni in due categorie: 1) categoria di situazioni che non hanno caratteristiche particolari e che quindi non sono diverse da situazioni concernenti l'attività medica che possiamo chiamare convenzionale; 2) categoria di situazioni che invece si presentano con peculiarità nuove in maniera tale da non avere identità appunto con nessuna delle situazioni concernenti l'attività medica convenzionale, onde la necessità di ricorrere ai principi generali.

Alla prima categoria attiene il problema (prospettato da Jouglard e coll.) della prova della realtà della diagnosi e della prescrizione fatte per telefono in relazione all'eventualità di un'azione giudiziaria provocata dal paziente o da suoi parenti: anche se vi è l'esigenza (giustamente sottolineata dal prof. Milčinski) di una dettagliata e completa documentazione comprendente pure la registrazione magnetofonica, il problema è quello del valore probatorio della cartella clinica in genere e della registrazione magnetofonica in genere.

Nello stesso modo attiene alla prima categoria il problema del segreto professionale che non può che essere il problema del segreto professionale in genere. Non mi pare perciò esatta l'opinione della Jouglard e coll. secondo la quale — nel caso di contatto medico antivelelo soltanto per telefono — sarebbe necessario, per rispettare il segreto professionale, domandare e

* Libero docente di diritto penale nella Università di Roma e incaricato di criminologia nella Scuola di Perfezionamento in Diritto Penale.

poi segnare sulla cartella clinica solo il nome di chi richiede il consulto e non quello del paziente; non si vede davvero il motivo per cui si deve applicare, proprio nel caso di attività medica antiveneno prestata per telefono — che già per sua natura si svolge su un piano di non lievi difficoltà —, un criterio più rigoroso di quello comunemente applicato nelle altre attività mediche, nelle quali appunto è prassi indiscussa segnare il nome del paziente sulla cartella clinica. Basta quindi che il segreto professionale sia rispettato allo stesso modo che deve essere rispettato nell'attività medica in genere.

Sempre alla prima categoria attiene pure il problema (prospettato da Jouglard e coll.) della responsabilità del personale del centro antiveleni nei casi in cui non si soccorra tempestivamente sul posto il paziente anche eventualmente al fine del ricovero al centro: è cosa evidente che nessuna differenza è riscontrabile in questi casi di intempestività nel soccorso rispetto agli uguali casi riferiti alle altre attività mediche e perciò per risolvere il problema della esistenza o no della responsabilità sono da applicare i comuni criteri.

Attengono invece alla seconda categoria, appunto perché si presentano con peculiarità nuove e così sono diverse dalle situazioni concernenti l'attività medica convenzionale, le ipotesi di errore nella diagnosi e prescrizione a distanza, diagnosi e prescrizione a distanza che — come ha messo puntualmente in rilievo il prof. Milčinski — rappresentano il fulcro dei problemi giuridici derivanti dal funzionamento dei centri antiveleni.

Preliminarmente c'è da precisare che non si può non essere d'accordo con quanto ha detto prima il prof. Mazzoni — nelle osservazioni alla relazione del prof. Goulding — sulla inopportunità della regola, osservata dal centro antiveleni di Londra, di prestare attività per telefono solo se è richiesta per il tramite di un medico, ossia sulla necessità che i centri antiveleni, trattandosi di organizzazioni di urgenza, prestino l'attività per telefono anche se la richiesta è fatta direttamente dal paziente o da altra persona non medico. Del resto, si pensi che molte volte ci si rivolge al centro antiveleni proprio perché non si ha a portata di mano un medico.

Le ipotesi di errore nella diagnosi e prescrizione a distanza sono quindi da considerare sia in relazione al caso che i dati sul paziente siano forniti (per telefono) al centro antiveleni da un medico e sia in relazione al caso che i dati siano forniti invece da persona che medico non è.

Ora quali sono i criteri per determinare nell'ambito dell'errore in diagnosi e prescrizione a distanza i casi di errore inescusabile, cioè di errore colposo, di quell'errore che è elemento necessario e tipico del reato colposo?

Quanto all'errore in relazione a dati inesatti forniti da persona che non è medico, credo che l'errore sia da giudicare inescusabile, cioè colposo, nel caso che i dati fossero, in base alle cognizioni che un medico deve avere, riconoscibili come inesatti e non siano stati invece riconosciuti come tali perché non sufficientemente vagliati particolarmente in rapporto al fatto che a fornire i dati è persona presumibilmente non competente.

Quanto, poi, all'errore in relazione a dati inesatti forniti invece da un medico, considerato che i dati, in quanto forniti da persona competente, si possono in linea generale presumere esatti, credo che l'errore sia da giudicare inescusabile (colposo) nel caso che i dati stessi fossero riconoscibili come inesatti perché patentemente contraddittori e non siano stati invece riconosciuti perché non puntualmente colta la contraddittorietà da valutare come la prova contraria della presunta esattezza; naturalmente se in rapporto all'errore si configura un reato colposo ne risponde, non solo il medico del centro antiveleni, ma anche (in concorso) il medico che ha fornito i dati inesatti. Se, invece, i dati non sono riconoscibili come inesatti e quindi l'errore del medico del centro antiveleni è scusabile, del reato colposo che eventualmente si configura risponde solo il medico che li ha forniti inesatti.

Comparando le due ipotesi di errore (in diagnosi e prescrizione a distanza) — quello in relazione a dati forniti da un medico e quello in relazione a dati forniti da altra persona —, da parte del medico del centro antiveleni, per non cadere in errore inescusabile (colposo),

è necessaria (come — credo — si è potuto capire da quanto ho già detto) una maggiore diligenza nell'acquisizione e nella valutazione dei dati forniti da persona non competente rispetto a quella necessaria nell'acquisizione e nella valutazione dei dati forniti da un medico.

Questi criteri proposti per determinare, nelle varie ipotesi, se l'errore in diagnosi e prescrizione a distanza è inescusabile, colposo, s'inquadrano — mi pare — perfettamente nel criterio generale di determinazione dell'errore inescusabile in genere anche in rapporto ai criteri di determinazione dell'inescusabilità dell'errore nell'attività medica convenzionale. Infatti l'errore inescusabile — come categoria generale — è quell'errore in cui l'uomo medio della stessa categoria — riflettente un determinato livello psico-sociale (che nei casi di cui si tratta è il livello psico-culturale medio di medico) — dell'agente *nelle stesse circostanze esterne* non cadrebbe; ora i criteri proposti per la determinazione dell'inescusabilità dell'errore in diagnosi e prescrizione a distanza non sono che espressione di un aspetto di tale nozione generale di errore inescusabile, cioè dell'aspetto della variabilità del criterio di determinazione in relazione alle varie *circostanze esterne*, circostanze esterne che nei casi che interessano sono appunto i dati acquisiti indirettamente a distanza e quindi diverse dalle circostanze esterne della attività medica convenzionale consistenti invece in dati sotto il diretto controllo del medico che fa la diagnosi e la prescrizione. Naturalmente sono proprio queste *circostanze esterne* a rendere, nella diagnosi e prescrizione a distanza, più difficoltoso conoscere la realtà della situazione e più basso il grado di riconoscibilità dell'errore.

Perciò reputo molto sensato quanto ha detto all'inizio — nell'introduzione alla tavola rotonda — il prof. Mazzoni nel senso che è opportuno che i centri antiveleni siano pochissimi al fine di evitare che aumentandone la quantità ne resti pregiudicata la qualità. Infatti — credo — solo con un personale medico altamente qualificato si possono compensare le difficoltà dell'attività medica a distanza derivanti dalle circostanze esterne, solo mantenendo il più alto possibile il livello qualitativo dei medici si possono ridurre al minimo gli errori nelle diagnosi e prescrizioni a distanza.

Sempre sul problema dell'errore in diagnosi e prescrizione a distanza, credo sia utile rispondere a una domanda posta, nella relazione scritta, dal prof. Milčinski.

Dunque, il prof. Milčinski, molto acutamente, si chiede se « dal punto di vista penale » « il consiglio assistenziale impartito telefonicamente — anche se proveniente da un medico competente — è equivalente al soccorso medico prestato personalmente » « nei casi in cui il paziente si trovi in immediato pericolo di vita »; se non sbaglio, il prof. Milčinski parlando di « soccorso medico prestato personalmente » a paziente che « si trovi in immediato pericolo di vita » intende certamente riferirsi a quei casi in cui il medico è costretto a intervenire d'urgenza nonostante non abbia l'abilità e la pratica necessaria per quel tipo di intervento oppure nonostante non abbia a disposizione mezzi terapeutici adeguati. Ora, credo che alla domanda si debba rispondere nel senso che i casi di diagnosi e prescrizione a distanza non sono equivalenti ai predetti casi di intervento d'urgenza ma sono però a questi paragonabili: nei casi di diagnosi e prescrizione a distanza le circostanze esterne fuori del comune (dati acquisiti indirettamente a distanza) influiscono eventualmente in modo negativo sulla formazione della diagnosi con le relative conseguenze sulla indicazione della terapia; negli altri casi, che invece sono casi che presuppongono già risolto il problema della diagnosi, le circostanze esterne, anch'esse in un certo senso fuori del comune (carezza di mezzi terapeutici adeguati), oppure il livello psico-culturale del medico (per carezza di abilità e pratica necessarie per il tipo di intervento) influiscono eventualmente in modo negativo sull'esecuzione della terapia.

Per finire, alla seconda categoria di situazioni — oltre al problema dell'errore in diagnosi e prescrizione a distanza — attiene anche il problema (trattato da Jouglard e coll.) se i centri antiveleni debbano o no prestare l'attività medica per telefono nel caso che la persona che la richiede resti anonima.

La Jouglard e coll. sostengono che i centri antiveleni in linea di principio non debbono prestare attività medica per telefono nel caso che chi la richiede resti anonimo, sia perché le richieste anonime sarebbero sempre sospette e sia perché, nel caso di prescrizione su richiesta anonima, sarebbe pregiudicata la validità della prescrizione stessa a causa del fatto che la forma della prescrizione è condizionata dalla qualità del richiedente (medico, infermiere o altra persona) e quindi la conoscenza della qualità è necessaria per una prescrizione valida e cioè intelligibile.

Ma tale opinione non è da condividere. Credo che, se si tiene presente che i centri antiveleni sono organizzazioni d'urgenza con la principale finalità di salvare tempestivamente vite umane, il problema sia invece da risolvere nel senso che in linea generale i centri antiveleni debbono prestare l'attività medica per telefono anche nel caso di richiesta anonima, salvo che: ne resti pregiudicata la validità (intelligibilità) della prescrizione medica, ma per evitare ciò non è necessario conoscere la completa identità della persona perché basta che si provveda a conoscere soltanto la qualità del richiedente (medico o non medico); ne sia vulnerata quell'esigenza di una valida documentazione al fine della prova in un eventuale procedimento giudiziario, ma per evitare ciò basta — limitatamente a questo aspetto della provenienza della richiesta — che si provveda a controllare il numero del telefono da cui è fatta la richiesta, controllo che, poi, è l'unica indagine con risultati certi perché — quanto all'identità del richiedente — anche nel caso che questi dia le generalità, dato che le dà per telefono, non è detto che le generalità siano vere, come non è detto che nei casi in cui il richiedente dice di essere il paziente invece non lo sia, o viceversa.

SOMMARIO

La relazione contiene spunti di problematica giuridico-penale in rapporto alle situazioni concernenti l'attività medica nell'ambito del funzionamento dei centri antiveleni.

L'Autore svolge l'argomento distinguendo le situazioni in due categorie: a) situazioni che non hanno caratteristiche particolari e quindi non sono diverse da situazioni concernenti l'attività medica consueta; b) situazioni che si presentano con peculiarità nuove — determinate dalla natura di quell'attività, propria dei centri antiveleni, di diagnosi e prescrizione a distanza — e che vanno inquadrate ricorrendo ai principi generali del diritto penale, non essendo possibile, a differenza di quelle della prima categoria, inquadrarle giuridicamente in situazioni concernenti l'attività medica consueta.

INHALTSANGABE

Der Bericht enthaltet Ausgangspunkte von strafrechtlicher Problematik in Beziehung zu den Situationen welche die, in dem Bereich des Funktionierens der Entgiftungszentren, ärztliche Tätigkeit betreffen.

Der Verfasser entwickelt das Thema durch die Unterscheidung der Situationen in zwei Kategorien: a) Situationen welche besondere Kennzeichene nicht haben, deshalb nicht von Situationen, die gewohnte Ärztstätigkeit betreffen, verschieden sind; b) Situationen die mit neuen Eigentümlichkeiten sich vorstellen und die, von der Natur jener, eigener der Entgiftungszentren, Tätigkeit von Diagnose und Vorschrift aus der Entfernung, bestimmt sind, das heisst Situationen die mit der Beziehung den allgemeinen Strafrechtprinzipien einzurahmen sind weil es nicht möglich ist sie, anders von jenen der ersten Kategorie, in Situationen, welche die gewohnte Ärztstätigkeit betreffen, rechtlich einzurahmen.

SUMMARY

The paper has some considerations on problems of criminal law in relation to the situations concerning medical activities within the working of poison treatment centres.

In the treatment of the subject the Author divides the situations into two different categories: a) situations which do not present peculiar features and as such are not different from situations concerning ordinary medical activities; b) situations which present new peculiar features — originated from the very nature of those activities, proper to the poison treatment centres, concerned with diagnosis and medical treatment given from distant places — and which must be classified resorting to the general principles of criminal law, as it is not possible, from a legal point of view, to group them under situations concerning ordinary medical activities, which was not the case with the former category.

A B R É G É

La relation contient le noeud de la problématique juridique-pénale par rapport aux situations concernant l'activité médicale dans le cadre du fonctionnement des centres anti-poisons.

L'Auteur développe le sujet distinguant les situations en deux catégories: a) situations qui n'ont pas de caractéristiques particulières et donc ne sont pas différentes de situations concernant l'activité médicale habituelle; b) situations qui se présentent avec des particularités nouvelles — déterminées par la nature de cette activité-là, qui est propre aux centres anti-poisons, de diagnostic et prescription de loin — et qui vont situées ayant recours aux principes généraux du droit pénal, puisqu'à la différence de celles de la première catégorie, il n'est pas possible de les situer juridiquement dans des situations concernant l'activité médicale habituelle.

TAVOLA ROTONDA N. 15
(Moderatore : prof. P. Mazzoni)

R. SESSO
INTERVENTO NELLA DISCUSSIONE

2 LUGLIO 1971

MAZZONI

.....

Sono così terminati gli interventi e noi dovremmo a questo punto avviare la discussione che però deve essere al massimo contratta nello spazio di pochi minuti, perché dobbiamo lasciare libera la sala alle 18.30 per la manifestazione conclusiva. Quindi se qualcuno vuole rivolgere agli oratori qualche brevissima domanda lo può fare.

GASPARETTO

Io volevo chiedere due precisazioni, una di attribuzioni e una di obbligo. Quella relativa alle attribuzioni tende a stabilire la commisurazione di quanto noi possiamo dire, e se lo dobbiamo dire, per telefono. Certe volte, diceva il prof. Mazzoni, possiamo tranquillizzare o, invece, sollecitare la spedalizzazione o la chiamata di un medico. Vorrei soffermarmi sulla prima situazione, quella del tranquillizzare. Fino a che punto, prof. Mazzoni, si può tranquillizzare una mamma la quale chiede notizie per il proprio bambino che ha assunto magari una dose esigua di un farmaco, tenendo conto di quella che può essere la risposta allergica del soggetto. Oggi esiste una disciplina, la « tossico-genetica », che ci insegna cose sinora ignorate e che potrebbero essere alla base di manifestazioni imputabili a suscettibilità di individuo o di terreno, tali da non poter essere previste per telefono nell'ambito di una tranquillizzazione generica in risposta ad una altrettanto generica richiesta di notizie.

L'altro quesito fa riferimento a quella che potrà essere la prospettiva futura della situazione sanitaria italiana, basata sul tripode « prevenzione-trattamento-riabilitazione ». Appunto nell'ambito della prevenzione, quando noi si abbia — per esempio — la richiesta da parte di uno sconosciuto che si qualifica telefonicamente con un nominativo che può corrispondere, o non corrispondere, ad una persona reale implicata in un tentativo suicidario, abbiamo l'obbligo di denuncia generica?

MAZZONI

Per la seconda domanda prego il medico legale o il giurista di rispondere. Per quanto riguarda la prima, la « tranquillizzazione » della madre preoccupata, è chiaro che la « tranquilliz-

ziamo » soltanto quando la sostanza assunta in quantità imprecisata è sicuramente innocua. Quando si tratta di un farmaco, anche se assunto a piccole dosi noi non « tranquillizziamo » nessuno. Allorché si tratta di sostanze dotate di una attività farmacologica, anche se sono state prese in quantità che la madre definisce estremamente ridotta, non ci sentiamo autorizzati a « tranquillizzare » l'interlocutore, ma diciamo sempre di sorvegliare il paziente e di chiamare il medico.

GASPARETTO

Questa funzione la potrebbe assolvere anche il « telefono amico ».

MAZZONI

Esatto, soltanto che la « tranquillizzazione » che viene da un centro antiveleni assume nella psicologia materna e familiare una autorevolezza assai maggiore di qualunque telefono « amico ».

SESSO

Il professore chiedeva sul problema della denuncia da parte del medico del centro antiveleni. In che senso?

GASPARETTO

Noi abbiamo soltanto un impatto telefonico, circostanziato su una voce che chiama a distanza e che dice: io mi chiamo XY, ho preso un determinato numero di compresse, devo preoccuparmi? Oppure è il fratello o la madre del soggetto a chiedere lumi. Si può lasciare cadere la questione o abbiamo noi l'obbligo di denunciarla?

SESSO

Siccome si tratta in linea di massima o di incidente o di suicidio e il suicidio in Italia non è reato, nemmeno come tentativo, il problema dell'obbligo di referto non sorge direttamente dal fatto in sé e per sé. L'obbligo di referto sorge solo nell'ipotesi di cui all'art. 365 c.p. e cioè solo quando esiste la possibilità che il fatto sia un delitto perseguibile d'ufficio, però deve trattarsi di possibilità non in astratto ma in concreto, ossia desunta dall'esistenza di particolari modalità e circostanze riguardanti il fatto singolo, concreto.

MAZZONI

Però alcuni magistrati, con i quali, in amichevole conversazione, ho parlato del problema, sono di parere diverso, cioè sono dell'opinione che bisognerebbe fare referto sempre e in ogni caso in quanto non si può mai sapere se un caso di avvelenamento risale a un delitto, con riferimento non solo al tentativo di omicidio ma soprattutto all'istigazione al suicidio. S'intende che noi non ci regoliamo in tal senso, perché dobbiamo tener conto anche del codice deontologico.

SESSO

Ma anche in riferimento all'istigazione al suicidio il problema resta negli stessi termini.

MAZZONI

Io sono perfettamente d'accordo con Lei, ma ho voluto richiamare l'attenzione su questa opinione espressami da magistrati.

SESSO

Ma l'opinione che Lei ha riferito sarebbe esatta solo se nella norma di cui all'art. 365 c.p. fosse stata assunta come ipotesi di obbligo di referto non la possibilità in concreto ma la possibilità in astratto che il fatto sia un delitto perseguibile d'ufficio, cioè la possibilità che un fatto, soltanto per le sue caratteristiche astratte, di categoria, risalga a un delitto e quindi non desunta da particolari modalità e circostanze del fatto in concreto. E, se fosse esatta un'interpretazione in tal senso della norma di cui all'art. 365 c.p., tutti i medici sarebbero obbligati al referto a ogni piè sospinto in relazione a certe specie di fatti oggetto di terapia, ossia a fatti — e non sono pochi — che in sé e per sé, astrattamente considerati, è possibile abbiano origine da un delitto; così, ad esempio, di fronte a ferite di una qualche entità il medico sarebbe, sempre e in ogni caso, obbligato al referto.

Si pensi al caso di un paziente con una frattura e che dichiara di averla riportata cadendo dalle scale: considerando astrattamente il caso non si può escludere che il paziente l'abbia riportata perché spinto da qualcuno e quindi in ogni caso di frattura il medico dovrebbe fare il referto, cosa però che, se non sbaglio, è al di fuori di quello che avviene nella realtà.

MAZZONI

Ripeto che sono perfettamente d'accordo con Lei, perché se no verremmo a divulgare sistematicamente situazioni dolorose di pazienti che si affidano a noi e così, oltretutto, distoglierei i pazienti dal rivolgersi al centro antiveleni con la conseguenza di un intralcio alla realizzazione della finalità del centro stesso.

SESSO

Sì, ma voglio precisare che le considerazioni che ho fatto su questo problema dell'obbligo di referto sono sul piano strettamente giuridico e ripeto che, in base all'art. 365 c.p. — che è norma valida, ovviamente, anche per i medici dei centri antiveleni —, l'obbligo del referto sorge solo quando esiste la possibilità in concreto, ossia — in altre parole — quando esistono concreti sospetti che il fatto oggetto di terapia sia un delitto, compreso — s'intende — il delitto di « istigazione o aiuto al suicidio ».

MAZZONI

Credo che a questo punto sia necessario concludere al più presto la seduta perché deve aver luogo la chiusura ufficiale del Congresso.

Nell'« introdurre » il Panel, auspicavo che la discussione ci apportasse idee chiare, precisi concetti, indirizzi sicuri; e mi sembra che tali speranze siano state appieno esaudite, e che il dibattito sia stato senz'altro proficuo e... conclusivo, e tale, comunque, da rendere assolutamente superfluo qualunque commento del Moderatore.

Vorrei soltanto — se i cortesi ascoltatori me lo permettono — sottolineare due o tre punti che sono emersi dalla discussione e che mi sembrano particolarmente importanti.

Innanzitutto mi sembra di dover insistere sull'opportunità — anzi sulla necessità — di una precisa programmazione ed organizzazione sia a livello internazionale che a quello nazionale e addirittura regionale dei Centri Antiveleni già esistenti o da creare « ex novo »; ciò per assicurare un migliore e più continuo scambio delle informazioni ed una più accurata indagine statistica e per evitare la inutile e dispendiosa moltiplicazione di strutture, spesso concentrate là dove non servono (ad esempio, a Roma sono sorti — almeno « sulla carta » — ben quattro Centri Antiveleni assolutamente indipendenti e non collegati fra loro!).

Sarebbe, a mio parere, sufficiente un solo Centro per regione, purché la struttura organizzativa fosse veramente efficiente.

In secondo luogo mi permetto di segnalare la necessità di fornire la più larga informazione sempre ed a chiunque; dissentendo in ciò (come ho già osservato incidentalmente) da quanto ha affermato l'illustre Prof. Goulding che ritiene opportuno rispondere soltanto alle richieste telefoniche effettuate da medici. In realtà — almeno da noi a Roma — numerose sono, quotidianamente, le domande telefoniche poste — spesso con evidente, drammatica ansia — da persone « qualunque », da semplici cittadini che al telefono appunto si rivolgono per ottenere informazioni tranquillizzanti o indirizzi terapeutici efficaci, che è nostro dovere fornire in ogni caso.

Ed infine mi appaiono di particolare importanza per tutti noi le conclusioni cui è giunto — nel suo lucido intervento — il Prof. Sesso, relative all'obbligo del referto in molti casi di acuta intossicazione che ci troviamo a trattare nei nostri Reparti clinici, o dei quali veniamo a conoscenza attraverso il telefono; casi che ci lasciano, anzi ci lasciavano, perplessi e dolorosamente incerti fra legge e deontologia. Le parole dell'illustre giurista ci hanno tuttavia tranquillizzato ed hanno convalidato autorevolmente quelli che erano, in fondo, i nostri pensieri ed i nostri sentimenti volti tutti, come sempre, alla difesa ed alla tutela — in ogni senso — dei nostri pazienti.

Siamo così giunti al termine di questo Panel che conclude anche il Congresso per ogni verso perfettamente riuscito.

Rinnovo a tutti il mio saluto ed il mio ringraziamento.







