

Dott. Salvatore Ambrosio

# Corso di laurea in scienze infermieristiche



**PRIMA PAGINA ITALIANA**



autore: Dott. Salvatore Ambrosio

© tutti i diritti sono riservati.

È vietata la riproduzione anche parziale dell'opera

## lezione I: il nesso di causalità

Non vi è ambito di applicazione Medico Legale (fatta eccezione per taluni e ben circoscritti settori di valutazione) nel quale non risulti indispensabile la preliminare ricerca e dimostrazione del *nesso di causalità materiale*.

In altri termini al perito Medico Legale è richiesto l'accertamento del rapporto che intercorre tra due fenomeni e – più specificamente – se l'uno (quello posteriore, *sussequente* o *evento*) si configura come effetto rispetto all'altro (quello anteriore, *precedente* o *azione/omissione*).

Difatti, sovente, la pratica medico-forense implica la necessità di accertare se tra una determinata azione (ovvero omissione) sia medico-legalmente affermabile un legame causale e non una mera relazione cronologica (*post hoc, ergo propter hoc!*).

D'altra parte, bene nota risulta l'acquisizione relativa ad uno dei requisiti (forse il più appariscente e, comunque, sempre costante) della *causa* e cioè quello appunto di precedere l'*effetto*: “*questa essenziale caratteristica della causa – comune, però, a qualsiasi antecedente, anche non causale – può deformare la retta valutazione del rapporto di causalità quando il giudizio stesso si fonda soltanto su tale attributo*” (Gerin).

Al sol titolo di esempio, giova ricordare l'articolo 40 del Codice Penale che testualmente recita: “*Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende l'esistenza del reato, **non è conseguenza della sua azione od omissione.** Non impedire un*

*evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo.*".

In modo analogo, così recita l'articolo 2043 del Codice Civile: "Qualunque fatto doloso o colposo, che **cagiona** ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno".

Requisiti indispensabili della causa, risultano essere quelli: **della necessità e sufficienza.**

Il primo dei due (quello della *necessità*) presuppone che in assenza dell'intervento del fenomeno antecedente, quello susseguente non si sarebbe potuto prodursi; il secondo (quello della *sufficienza*) implica che il fenomeno antecedente sia dotato di tutti gli elementi necessari per la produzione del fenomeno susseguente.

In ambito penale, l'approfondimento dei legami causali tra un'azione ed un evento (ovvero tra un *antecedente* ed un *sussequente*) ha consentito di sviluppare l'evoluzione di diverse teorie.

Secondo la teoria dell'**equivalenza delle cause** (anche conosciuta come *condicio sine qua non*) tutte le condizioni di un evento sono rivestite di pari valore e nessuna di esse può essere estrapolata dal complesso, senza mettere in discussione l'evento stesso.

Trattasi di concezione estremamente severa dal momento che, al fine di rendere un soggetto materialmente responsabile di un evento, risulta sufficiente che il medesimo, mediante la sua

condotta (commissiva od omissiva) abbia posto in essere una qualsiasi condizione del complesso.

In definitiva, in accordo con tale teoria, per accertare eventuali responsabilità bisognerebbe desumere se l'evento in oggetto si sarebbe ugualmente concretizzato, in assenza della specifica azione/omissione.

A tale teoria si contrappone quella della **causalità adeguata**; in accordo con tale ultima, andrà opportunamente distinta – di caso in caso – la *causa* dalla semplice *condizione*, poiché non sarà ritenuta sufficiente la realizzazione di una condizione qualsiasi dell'evento ma, sarà – parimenti – necessario che la condizione sia stata adeguata, ovvero generalmente idonea a determinarla.

La sussistenza o meno del *nesso di causalità materiale*, in accordo con la corretta ed Autorevole dottrina medico-legale, sarà affermata previa la verifica di taluni e specifici criteri.

I principali criteri di verifica ad uso medico-legale sono:

- 1)cronologico;
- 2)topografico;
- 3)di idoneità (adeguatezza qualitativa ed efficienza quantitativa);
- 4)di seriazione fenomenologica;
- 5)di esclusione di altri momenti eziologici;
- 6)statistico ed epidemiologico.

Il *criterio cronologico* necessita l'accertamento relativo ad una compatibilità - intesa per l'appunto sotto il profilo temporale - tra

il comportamento imputabile e la manifestazione dell'evento dannoso.

L'estensione del lasso cronologico ritenuta valida potrà essere talora brevissima (traumatismo contusivo – lesione di tipo fratturativo), talora piuttosto lungo (trasfusione – identificazione di agente virale).

L'inadeguatezza del rapporto cronologico permette generalmente di escludere il *nesso di causalità*; tale inadeguatezza può manifestarsi sia nel senso del *difetto* che dell'*eccesso*.

A titolo di esempio, inadeguatezza per *eccesso* potrà essere affermata nel caso in cui risulti accertata una lesione splenica dopo alcuni giorni dall'evento traumatico oggetto di studio, fatta eccezione per le rotture identificate in quel lasso temporale entro il quale è ritenuta possibile la rottura *in due tempi* della milza.

Inadeguatezza per *difetto* potrebbe essere affermata nel caso di una accertata positività HCV dopo soltanto pochi giorni da una emo-trasfusione.

Il *criterio topografico* comporta che i fatti morbosi si sviluppino primitivamente nella regione corporea colpita ed eventualmente, solo in secondo tempo (*migrazione*), si estendano a regioni prossime per continuità o contiguità.

Anche questo criterio implica tuttavia un certo margine di aleatorietà: anzitutto il trauma potrebbe aver soltanto richiamato (*momento rivelatore*) l'attenzione su di un organo già da tempo affetto da una malattia ignorata; in secondo luogo, occorre tener presente l'eventualità di lesioni da contraccolpo.

A titolo d'esempio, nel caso in cui venga richiesto al consulente medico-legale la necessità di dirimere il dubbio di un decesso dovuto ad emorragia cerebrale spontanea ovvero post-traumatica, risulterà utile la conoscenza delle più comuni sedi di lesione cerebrale nei casi di traumatismi cranici di natura contusiva.

Difatti, i traumatismi a carico della regione frontale causano soprattutto lesioni *dirette* ove per contro i traumatismi posteriori producono principalmente lesioni da contraccolpo; i traumatismi applicati in sede parietale producono lesioni dirette, da contraccolpo o entrambe.

Il risparmio dei lobi occipitali nelle lesioni da contraccolpo è spiegato dal fatto che la superficie interna delle ossa occipitali e del tentorio è liscia.

Il criterio di *idoneità* (a sua volta distinto in quello di *adeguatezza qualitativa* e dell'*efficienza quantitativa*) implica l'indagine se la natura e la concentrazione della causa lesiva sono state tali da poter produrre le manifestazioni rilevate.

Il *criterio di continuità* nella seriazione dei fenomeni comporta la possibilità di stabilire, senza lacune, una concentrazione logica e cronologica tra l'incidenza della causa lesiva sulla vittima e le manifestazioni attuali che ad essa vengono attribuite. Meritano, in questo campo, particolare attenzione le *sindromi a ponte* che rappresentano l'anello di congiunzione tra la causa e la pienezza dell'evento.

Il criterio dell'*esclusione* di altri momenti eziologici implica l'indagine se i fatti che vengono attribuiti alla causa lesiva che ha

agito sulla vittima non debbano invece riferirsi ad altri fattori, da quella indipendenti.

## LE CONCAUSE.

A) *Concetto di concausa* – quando nella seriazione dei momenti in cui si articola una catena *causale* si inseriscono coefficienti estranei al comportamento dell'agente che tuttavia interferiscono nella produzione dell'evento ultimo, *onde questo risulta diverso* da quello che era attendibile, data la natura e l'entità di tale comportamento, noi parliamo di *concause*.

Teoricamente la differenza tra *causa* e *concausa* sta in questo, che mentre alla prima vengono riconosciuti i requisiti della *necessità* e della *sufficienza* nella produzione dell'evento, la concausa è una condizione *necessaria ma non sufficiente*.

Agli effetti pratici e nel campo penale si suole considerare come “causa”, la condizione dell'evento imputabile al *comportamento illecito* dell'agente e come concause quelle indipendenti dal suo fatto, partendo dal concetto che, a seconda dei casi, il comportamento illecito rompe un equilibrio preesistente, anche se non normale ed instabile ed aleatorio, ovvero gli altri fattori eziologici si inseriscono nella catena *causale* iniziata da esso, sviluppandola sino all'evento ultimo.

Accettato tal punto di vista, appare irrilevante l'eventuale sproporzione tra il comportamento del colpevole e le conseguenze che ne sono derivate.

B) *Classificazione delle concause* – Dal punto di vista medico-legale, le *concause* si possono distinguere secondo un criterio cronologico o secondo un criterio dinamico.

Secondo il *criterio cronologico* le concause si distinguono in:

- a) preesistenti od anteriori;
- b) contemporanee o simultanee;
- c) consecutive o sopravvenute.

Le concause preesistenti si identificano in particolare *stato anteriore* dell'organismo che ha reso più gravi le conseguenze del fatto imputabile al colpevole.

Queste concause preesistenti si possono distinguere in *fisiologiche* (condizioni), *teratologiche* e *patologiche*.

Di gran lunga più frequenti delle une e delle altre sono le concause preesistenti *patologiche* che possono distinguersi alla loro volta in *generali* e *localizzate*.

Secondo il *criterio dinamico*, le concause preesistenti possono classificarsi in *statistiche* ed *evolutive*.

---



## Lezione II: L'IMPUTABILITÀ

A mente dell'art. 85 cp (*“Capacità di intendere e di volere”*): *“Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile. **È imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere**”*.

La normativa penale vigente prevede situazioni di imputabilità senza responsabilità (legittima difesa, stato di necessità, ecc.).

La responsabilità, invece, è così definita dall'art. 42 cp (*Responsabilità per dolo o per colpa o per delitto preterintenzionale. Responsabilità obiettiva*): *“Nessuno può essere punito per una azione od omissione preveduta dalla legge come reato, se non l'ha commessa con coscienza e volontà” (omissis)*.

Con l'espressione **capacità di intendere** si indica la capacità di comprendere il valore dei propri atti, capacità di valutare l'efficienza causale di questi.

Mentre la **capacità di volere** è la capacità di esprimere una volontà normale, libera di orientarsi tra le opposte pressioni di motivi.

Entrambe le capacità presuppongono una certa maturità individuale tanto che **la stessa legge fissa come limite anagrafico dell'imputabilità i 18 anni**; al di sotto di tale limite si susseguono due condizioni diverse: non è imputabile il **minore di 14 anni** (art. 97 cp), mentre nell'intervallo **tra i 14 anni e i 18** l'imputabilità va dimostrata nel caso specifico (art. 98 cp).

In quest'ultimo caso il Legislatore ha tenuto conto dell'estrema variabilità individuale durante l'adolescenza, per cui possono difettare una o ambedue le capacità, sia per scarsa consapevolezza delle conseguenze giuridiche sia per difetto dell'autodeterminismo.

Dal momento del **compimento del diciottesimo anno**, invece, una condotta si presuppone sempre imputabile, fino a prova contraria, ossia fino a che non ricorrano espressamente le condizioni previste dal Codice Penale, costituenti le cosiddette cause "patologiche" di esclusione dell'imputabilità.

## **CAUSA DI ESCLUSIONE DELL'IMPUTABILITÀ**

Fra le condizioni patologiche di non imputabilità o di parziale imputabilità, il Codice penale vigente annovera l'infermità – psichica o fisica – che si ripercuote sullo stato di mente:

Art. 88 cp ("**Vizio totale di mente**"): *“Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere e di volere”*.

Art. 89 cp ("**Vizio parziale di mente**"): *“Chi nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità di intendere e di volere, risponde del reato commesso; ma la pena è diminuita”*.

L'essere abnorme psichico si rende pienamente compatibile con l'imputabilità, sostiene il De Vincentis: è noto, ad esempio, il riconoscimento dell'imputabilità medesima nell'epilessia e perfino

in talune psicosi. Comunque è chiaro che il giudizio va formulato in concreto, caso per caso, senza classificazioni rigide ed aprioristiche.

Altre cause di non imputabilità sono quelle relative all'ubriachezza ed, in genere, all'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti, indicate con la qualifica di "tossiche".

Art. 91 cp (*Ubriachezza derivata da caso fortuito o da forza maggiore*): "Non è imputabile chi, al momento in cui ha commesso il fatto, non aveva la capacità di intendere o di volere, a cagione di piena ubriachezza derivata da caso fortuito o da forza maggiore.

*Se l'ubriachezza non era piena, ma era tuttavia tale da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità d'intendere o di volere, la pena è diminuita*".

Art. 92 cp (*Ubriachezza volontaria o colposa ovvero preordinata*): "La ubriachezza non deriva da caso fortuito o da forza maggiore non esclude né diminuisce l'imputabilità.

*Se l'ubriachezza era preordinata al fine di commettere il reato o prepararsi una scusa, la pena è aumentata*".

Art. 93 cp (*Fatto commesso sotto l'azione di sostanze stupefacenti*): "Le disposizioni dei due articoli precedenti si applicano anche quando il fatto è stato commesso sotto l'azione di sostanze stupefacenti".

Art. 94 cp (*Ubriachezza abituale*): "Quando il reato è commesso in stato di ubriachezza e questa è abituale, la pena aumenta.

*Agli effetti della legge penale, è considerato ubriaco abituale chi è dedito all'uso delle bevande alcoliche e in stato frequente di ubriachezza.*

*L'aggravamento di pena stabilito nella prima parte di questo articolo si applica anche quando il reato è commesso sotto l'azione di sostanze stupefacenti da chi è dedito all'uso di tali sostanze”.*

Art. 95 cp (Cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti): *“Per i fatti commessi in stato di cronica intossicazione prodotta da alcool ovvero da sostanze stupefacenti, si applicano le disposizioni contenute negli articoli 88 e 89”.*

**La distinzione tra “ubriachezza abituale” e “cronica intossicazione da alcool”, considerata la gravità delle conseguenze che la norma prevede, non è ritenuta agevole sul piano pratico, dalla maggioranza dei medici legali.**

Ancora più difficile si rivela la differenziazione nell'ambito delle sostanze stupefacenti, per la mancanza di segni se non proprio patognomonic, almeno manifestatamente significativi di quadri specifici o d'intossicazione cronica.

Rimane poi da menzionare l'art. 96 cp (Sordomutismo): *“Non è imputabile il sordomuto che, nel momento in cui ha commesso il fatto, non aveva, per causa della sua infermità, la capacità di intendere o di volere.*

*Se la capacità di intendere o di volere era grandemente scemata ma non esclusa, la pena è diminuita”.*

## Lezione III: DELITTI SESSUALI

### LA LEGGE 15 FEBBRAIO 1996, N. 66

Le modifiche attuate dal legislatore con l'introduzione della legge 15 febbraio 1996, n. 66 scaturiscono da un profondo mutamento socio-politico.

In effetti, con l'introduzione dell'articolo 1 della suddetta legge si abroga integralmente il Capo I (*“Dei delitti contro la libertà sessuale”*), titolo IX (*“Dei delitti contro la moralità pubblica ed il buon costume”*) del libro II del codice penale, oltre agli artt. 526 (*“Seduzione con promessa di matrimonio commessa da persona coniugata”*), 530 (*“Corruzione di minorenni”*), 539 (*“Età della persona offesa”*), 542 (*“Querela dell'offeso”*) e 543 cp (*“Diritto di querela”*), a loro volta contenuti nel Capo II (*“Delle offese al pudore e all'onore sessuale”*) e Capo III (*“Disposizioni comunali ai capi precedenti”*) del titolo IX.

In sostituzione di tali articoli sono stati importati gli artt. dal 609 bis al 609 decies nella II sezione del Capo III del Titolo XII (***“Dei delitti contro la persona”***), libro II cp.

Oltre ad una nuova classificazione dei delitti sessuali, la riforma – relativamente alla parte dedicata al Capitolo *“Dei delitti contro la libertà personale”*, propone una nuova e più ampia fattispecie di reato.

Difatti, il nuovo art. 609 bis, dal titolo di *“violenza sessuale”*, riunisce i reati di violenza carnale e atti di libidine violenti.

L'art. 609 *quater* regola i rapporti sessuali tra minori, mentre l'art. 609 *octies* introduce *ex novo* la fattispecie di reato di “*violenza sessuale di gruppo*”.

## GLI “ATTI SESSUALI” E LE CIRCOSTANZE AGGRAVANTI

Relativamente alle circostanze aggravanti (di cui all'articolo **609 bis**, “*violenza sessuale*”), il Legislatore precisa: “**Chiunque, con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali è punito con la reclusione da cinque a dieci anni.**

**Alla stessa pena soggiace chi induce taluno a compiere o subire atti sessuali:**

- 1. abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto;**
- 2. traendo in inganno la persona offesa per essersi il colpevole sostituito ad altra persona.**

**Nei casi di minore gravità la pena è diminuita in misura non eccedente i due terzi.”.**

Giova sottolineare come – in accordo con le nuove disposizioni - è stata esclusa la distinzione tra violenza carnale e atti di libidine, unificando tali concetti sotto il termine di “**atto sessuale**”.

Più specificamente, al primo comma dell'articolo, risultano affrontati gli atti sessuali cosiddetti *per costrizione* mentre al secondo comma si affrontano gli atti di violenza sessuale commessi *per induzione*.

In ordine alle circostanze aggravanti si cita l'articolo **609 ter** ("**Circostanze aggravanti**") che recita:

*“La pena è della reclusione da sei a dodici anni se i fatti di cui all'articolo 609 bis sono commessi:*

- 1. nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni quattordici;*
- 2. con l'uso di armi o sostanze alcoliche, narcotiche o stupefacenti o sostanze gravemente lesivi della salute della persona offesa;*
- 3. da persona travista o che simuli la qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio;*
- 4. su persona comunque sottoposta a limitazione della libertà personale;*
- 5. nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni sedici della quale il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore.*

*La pena è della reclusione da sette a quattordici anni se il fatto è commesso nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni dieci”.*

## **LA MINORE ETÀ**

In accordo con l'articolo **609 quater** ("**Atti sessuali con minorenni**"): *“Soggiace alla pena stabilita dall'art. 609 bis*

*chiunque, al di fuori delle ipotesi previste in detto articolo, compie atti sessuali come persona che, al momento del fatto:*

- 1. non ha compiuto gli anni quattordici;*
- 2. non ha compiuto gli anni sedici, quando il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore ovvero altra persona cui, per ragione di cura, di educazione, di vigilanza o di custodia, il minore è affidato o che abbia, con quest'ultimo, una relazione di convivenza.*

*Non è punibile il minore che, al di fuori delle ipotesi previste dall'articolo 609 bis, compie gli atti sessuali con un minore che abbia compiuto gli anni tredici, se la differenza di età tra i soggetti non è superiore a tre anni.*

*Nei casi di minore gravità la pena è diminuita fino a due terzi.*

*Si applica la pena di cui all'articolo 609 ter, secondo comma, se la persona offesa non ha compiuto gli anni dieci”.*

Un confronto con la normativa precedente consente di rilevare come sia stata introdotta la non punibilità del minore tredicenne che compia atti sessuali con soggetto avente una differenza di età non eccedente i tre anni rispetto al primo.

L'art. **609 quinquies** (“**Corruzione di minore**”) stabilisce: “*Chiunque compie atti sessuali in presenza di persona minore di anni quattordici, al fine di farla assistere, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni.*”.

In ultimo giova ricordare, l'articolo **609 sexsies** (“**Ignoranza dell'età della persona offesa**”) nella parte in cui prevede – relativamente ai reati di cui agli artt. 609 bis, 609 ter, 609 quater



e *609 octies* su minore di anni quattordici nonché nel caso previsto all'art. *609 quinquies* – che il colpevole non possa invocare a propria scusa l'ignoranza dell'età dell'offeso.

## **LA VIOLENZA SESSUALE DI GRUPPO**

Nell'art **609 octies** del codice penale è stata inserita una nuova fattispecie di reato ovvero la “violenza sessuale di gruppo”.

Difatti, così recita l'articolo di cui sopra: *“La violenza sessuale di gruppo consiste nella partecipazione, da parte di più persone riunite, ad atti di violenza sessuale di cui all'art. 609 bis.*

*Chiunque commette atti di violenza sessuale di gruppo è punito con la reclusione da sei a dodici anni.*

*La pena aumenta se concorre taluna delle circostanze aggravanti previste dall'articolo 609 ter.*

*La pena è diminuita per il partecipante la cui opera abbia avuto minima importanza nella preparazione e nella esecuzione del reato. La pena è altresì diminuita per chi sia stato determinato a commettere il reato quando concorrono le condizioni stabilite dai numeri 3) e 4) del primo comma e del terzo comma dell'articolo 112”.*

## ACCERTAMENTO MEDICO-LEGALE IN TEMA DI ABUSI SESSUALI

Anzitutto, sarà richiesta la massima attenzione alle condizioni psichiche del soggetto.

Al fine di instaurare un maggior serenità, si ricorre – generalmente – alla presenza di un familiare della vittima ovvero da un suo assistente (infermiere, ostetrico, etc.) al fine di creare la condizione più agevole alla disamina del caso.

Preliminarmente all'indagine medico-legale, correttamente si provvederà ad informare (acquisendone il relativo consenso) la l'esaminanda sulla assoluta necessità dell'esame ispettivo.

Giova ricordare come – sotto il profilo statistico – risulta estremamente frequente la circostanza di una vittima che affermi di essersi lavata immediatamente dopo la presunta *violenza*; ne consegue che la *tempestività* dell'accertamento medico-legale è condizione di assoluta rilevanza ai fini della possibilità di acquisire relativi dati.

Una sommaria elencazione dello strumentario di cui il diligente perito medico-legale dovrà munirsi comprenderà l'elencazione dei seguenti strumenti:

- raccoglitori sterili (finalizzati alla raccolta di saliva, sperma, sangue);
- tamponi destinati all'asportazione di materiale biologico (macchie, tracce ecc.);

- contenitori finalizzati alla raccolta e conservazione di peli, capelli, frammenti d'unghia;
- speculum vaginale monouso;
- pinze, forbici;
- guanti monouso.

Ciò premesso, l'accertamento medico-legale sarà orientato alla rilevazione di tutti i segni forieri di lesività.

Tale ricerca comprenderà tanto le zone *genitali* quanto quelle *extra-genitali*.

I segni ricercati e – opportunamente – rilevati saranno tutti quelli propri della lesività intesa nelle sue diverse forme (escoriazioni, ecchimosi, ferite da mezzi taglienti, da punta e taglio ecc.)

Giova ricordare l'evenienza di ferite da difesa tipicamente localizzate alle mani , gomiti ecc.

Unitamente ai caratteri dei differenti tipi di lesione andrà considerata la loro possibile retro datazione.

Ovviamente l'esame ginecologico risulterà di fondamentale importanza e sarà orientato all'evidenziazione dei caratteri della membrana imeneale e sue eventuali deflorazioni nonché alla raccolta di liquidi biologici

## Lezione IV: DELITTI CONTRO LA VITA

Al capo I (*“Dei delitti contro la vita e l’incolumità individuale”*) titolo XII (*“Dei delitti contro la persona”*) del libro II (*“Dei delitti in particolare”*) viene contemplata una categoria di delitti al fine di tutelare il bene maggiore dell’uomo (la vita, l’integrità fisica, la libertà e l’onore).

**L’omicidio (hominis caedes) si realizza nell’uccisione di un uomo.**

L’assassinio (assassinium) si realizza qualora l’uccisione di un uomo deriva da un’azione vile proditoria o premeditata.

Il beneficio (veneficium) si realizza nel caso in cui l’uccisione dolosa è realizzata mediante il veleno.

A titolo di completezza ricordiamo il parricidio (parricidium), l’uccisione del coniuge (uxoricidio), quello del fratello o della sorella (fratricidio).

**A tutela della vita, il codice penale prevede all’art. 575 cp (“Omicidio”): “Chiunque cagiona la morte di un uomo è punito con la reclusione non inferiore ad anni 21”.**

In assenza di dati forieri di diverso elemento psicologico del reato (preterintenzionale ovvero colposo), l’omicidio deve considerarsi doloso.

## **Omicidio doloso**

L'omicidio doloso implica necessariamente l'uccisione di un uomo da parte di un altro uomo.

Gli elementi costitutivi di tale fattispecie di reato, risultano essere : *la volontà di uccidere, l'utilizzo di mezzi idonei a realizzare un intento omicida e l'effetto letale.*

**L'elemento psicologico** dell'omicidio doloso, consiste nell'intenzione di cagionare la morte altrui.

L'accertamento medico legale relativamente al dolo, sarà opportunamente rivolto all'idoneità dei mezzi adoperati, le regioni corporee (vitali o meno) attinte, la reiterazione dell'azione lesiva, e così via.

Il fatto materiale di siffatto reato distingue *l'azione* e *l'evento*.

L'azione potrà riconoscere tanto una condotta commissiva, quando una condotta omissiva.

Potranno riconoscersi mezzi materiali (armi bianche, armi da fuoco, veleni, ecc.) e mezzi morali (trauma psichico).

L'identificazione dell'evento si realizza con la morte del soggetto passivo del reato.

A titolo di completezza, si elencano le circostanze aggravanti ed attenuanti:

1. *si abbia agito per motivi abietti o futili;*
2. *aver adoperato sevizie o agito con crudeltà verso le persone;*
3. *vi è stata premeditazione;*
4. *il fatto è commesso contro l'ascendente o il discendente;*
5. *sia stato adoperato un mezzo venefico o un altro mezzo insidioso;*
6. *si è commesso il fatto per eseguirne o occultarne un altro, ovvero per conseguire o assicurare a sé o ad altri il prodotto o il prezzo ovvero l'impunità di un altro reato;*
7. *il fatto è commesso dal latitante per sottrarsi all'arresto, alla cattura, o alla carcerazione, ovvero per procurarsi i mezzi di sussistenza durante la latitanza;*
8. *il fatto è commesso dall'associato a delinquere per sottrarsi all'arresto, alla cattura o alla carcerazione;*
9. *il fatto è commesso nell'atto di compiere violenza sessuale;*
10. *il fatto è commesso contro il coniuge, il fratello o la sorella, il padre o madre; adottivi, il figlio adottivo o contro un affine in linea retta.*

Le circostanze attenuanti sono invece, contemplate negli artt. 62-62 bis cp (rispettivamente attenuanti *comuni* e *generiche*), 63 cp (*“Applicazione degli aumenti e delle diminuzioni di pena”*), 65 cp (*“Diminuzione di pena nel caso di una sola circostanza attenuante”*), 67 cp (*“Limiti delle diminuzioni di pena nel caso di concorso di più circostanze attenuanti”*), 68 cp (*“Limiti al concorso di circostanze”*).

## **L'OMICIDIO PRETERINTENZIONALE, COLPOSO E DEL CONSENZIENTE**

All'**art. 584 cp** è previsto e disciplinato il delitto di omicidio preterintenzionale: **“Chiunque con atti diretti a commettere uno dei delitti preveduti dagli artt. 581 e 582, cagiona la morte di un uomo è punito con la reclusione da dieci a diciotto anni”**.

Gli elementi costitutivi di tale fattispecie di reato possono essere distinti:

- 1) soggetto attivo (persona vivente);
- 2) l'evento (decesso del soggetto passivo);
- 3) l'elemento psicologico del reato (volontà di percuotere o ledere).

Ne consegue che il contenuto di cui al punto 3 (*elemento psicologico del reato*) differenzia l'omicidio preterintenzionale da quello doloso.

L'**art. 589 cp** sancisce: *“Chiunque cagiona, per colpa, la morte di una persona punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni. Se il fatto è commesso con violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale o di quelle per la prevenzione degli infortuni sul lavoro, la pena è della reclusione da uno a cinque anni. Nel caso di morte di più persone, ovvero di morte di una o più persone e di lesioni di una o più persone, si applica la pena che dovrebbe infliggersi per la più grave delle violazioni commesse aumentata fino al triplo, ma la pena non può superare gli anni dodici.”*

Ne deriva che l'elemento psicologico del reato si identifica nella volontarietà della condotta colposa dovuta ad imprudenza, negligenza od imperizia (colpa generica), ovvero ad inosservanza di leggi, regolamenti e discipline.

Anche per l'omicidio colposo, come per altre forme di reato, si applicano le *circostanze aggravanti comuni*, con aumento della pena fino ad un terzo.

## **OMICIDIO DEL CONSENZIENTE**

L'**art. 579 cp** prevede, invece, il delitto di **omicidio del consenziente**, ovverosia l'uccisione di un uomo effettuata con il consenso della vittima; così viene espressamente stabilito: *“Chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui, è punito con la reclusione da sei a quindici anni.*

*Non si applicano le aggravanti indicate nell'art. 61 cp.*

*Si applicano le disposizioni relative all'omicidio se il fatto è commesso:*

- 1. contro una persona minore degli anni diciotto;*
- 2. contro una persona inferma di mente o che si trova in condizioni di deficienza psichica per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti;*
- 3. contro una persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpito con inganno”.*



Relativamente a tale articolo, l'intenzione del legislatore è rivolta a ribadire che il bene *vita* è un bene indisponibile e che il consenso non è sufficiente ad escludere l'antigiuridicità del fatto.

## **ISTIGAZIONE O AIUTO AL SUICIDIO**

Il termine **suicidio**, etimologicamente, deriva da *sui caedes* e consiste nell'uccisione di se stessi mediante una condotta volontaria, commissiva od omissiva.

Il tentato suicidio non è considerato reato.

Al contrario, è reato la partecipazione al suicidio altrui (**art. 580 cp**), effettuata sia determinando o rafforzando il proposito autodistruttivo sia agevolandone l'esecuzione. Infatti, così recita l'art. 580 cp: *“Chiunque determina l'altri al suicidio o rafforza l'altri proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione, è punito con la reclusione da cinque a dodici anni.*

*Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da uno a cinque anni, sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima. Le pene sono aumentate se la persona istigata o eccitata o aiutata si trova in una delle condizioni indicate nei numeri 1 e 2 dell'articolo precedente*

*Nondimeno, se la persona suddetta è minore degli anni quattordici o comunque è priva della capacità di intendere e di volere, si applicano le disposizioni relative all'omicidio”.*

Risponde di *suicidio agevolato per omissione* chi aveva l'obbligo giuridico di impedire il fatto; è il caso dell'infermiere che si astiene dall'interrompere il tentativo di suicidio del paziente.

## **L'INFANTICIDIO IN CONDIZIONI DI ABBANDONO MATERIALE E MORALE**

L'art. 578 cp ("**Infanticidio in condizioni di abbandono materiale e morale**") recita: "*La madre che cagiona la morte del proprio neonato immediatamente dopo il parto o del feto durante il parto, quando il fatto è determinato da condizioni di abbandono materiale e morale connesse al parto, è punita con la reclusione da quattro a dodici anni. A coloro che concorrono nel fatto di cui al primo comma, si applica la reclusione non inferiore ad anni ventuno. Tuttavia, se essi hanno agito al solo scopo di favorire la madre, la pena può essere diminuita da un terzo a due terzi. Non si applicano le aggravanti stabilite dall'art. 61 del codice penale*".

Il soggetto attivo risulta pertanto **soltanto la madre** (reato esclusivo) che uccide *il neonato immediatamente dopo il parto o il feto durante il parto* (criterio cronologico).

L'espressione *immediatamente dopo il parto* non è da intendersi letteralmente ma – in senso più ampio – avendo opportunamente riguardo delle circostanze del fatto (es. può accadere che la madre, rimasta priva di sensi, a seguito del travaglio del parto, uccida il neonato appena ripresa la conoscenza).

Ulteriore specificazione è dovuta relativamente al termine di *immediatezza* riferito all'azione e non già all'evento.

Giova per alto precisare che le condizioni di abbandono risultano riferibili unicamente alla madre e non estensibili in alcun modo a persone a lei vicine che abbiano partecipato al fatto.

È altresì fondamentale, per la stessa sussistenza del delitto, che vi sia stata la soppressione di un feto o neonato **vivo**, anche in assenza di vitalità cronologica (attitudine del neonato al proseguimento della vita autonoma).

L'assenza di vitalità può derivare da:

- 1) cause cronologiche;
- 2) cause teratologiche;
- 3) cause patologiche.

Tenuto ben presente che la soppressione di un neonato privo di vitalità cronologica, non esclude il reato di infanticidio, risulta ovvio che qualsivoglia indagine medico-legale non potrà prescindere da tale accertamento (l'uccisione di un neonato non vitale riduce la gravità del reato).

Con il termine di *docimasia* si intendono le prove di vita autonoma.

Tra queste, giova ricordare:

- docimasia respiratorie (polmonari ovvero extrapolmonari):
  - a) docimasia metrica: apprezzamento dell'espansione del torace, misurandone circonferenza e diametri, eventuale inizio di avvenuta respirazione;
  - b) docimasia plessimetrica: fondata sul suono chiaro od ottuso ottenuto dalla percussione del torace

- c) docimasia diaframmatica: precisazione del livello cui è pervenuta la cupola diaframmatica; nel neonato che ha respirato discende fino alla VI-VII costa; nel nato morto non oltrepassa la IV-V
  - d) docimasia radiologica: rilievo della maggior trasparenza del polmone che ha respirato;
  - e) docimasia ottica: (comporta l'ispezione, la palpazione e il taglio dei polmoni); aperto il torace e messi allo scoperto i polmoni, se ne osservano attentamente – anche con l'ausilio di una lente – la sede, il colore, la superficie esterna, i margini, la consistenza, la quantità di sangue contenuta.
  - f) Docimasia idrostatica: si verifica se i polmoni, immersi nell'acqua, galleggiano o meno, deducendosi nel primo caso che essi hanno respirato.
- docimasia non respiratorie:
    - a) docimasia gastrointestinale;
    - b) docimasia auricolare.

## Lezione V: DELITTI CONTRO L'INCOLUMITÀ INDIVIDUALE

**In accordo con l'articolo 581 c.p.: “*chiunque percuota taluno, se dalla condotta non derivi una malattia nel corpo o nella mente*”, a querela della persona offesa, è sanzionato con la reclusione fino a 6 mesi o con la multa fino a euro 309,86.**

Il delitto di percosse si distingue, pertanto, da quello di lesione personale non tanto per il tipo di azione (es. schiaffo, pugno, calcio, ecc.), né per l'elemento psicologico del reato (che può ugualmente riconoscere la volontà di recare offesa all'integrità fisica), bensì per la mancanza di *derivata malattia nel corpo o nella mente*.

In altri termini, il reato di percosse pur riconoscendo un *transeunte* turbamento d'animo (dolore, sofferenza, patema d'animo, ecc.) risulta privo di manifestazioni anatomo-funzionali dotate del carattere di permanenza.

Giova precisare che, in accordo con il vigente Codice Penale, il termine di malattia sottintende: “*indistintamente qualsiasi alterazione anatomico-funzionale dell'organismo, ancorchè localizzata e non impegnativa delle condizioni organiche generali*”.

Risulta evidente che trattasi di definizione infelice poiché la sua applicazione importerebbe il riconoscimento di tutte quelle alterazioni meramente anatomiche (escoriazioni, ecchimosi, ecc.) quali lesioni personali.

A tal proposito, il Chiodi opportunamente rilevava come “*la lievissima ecchimosi superficiale, la minuta escoriazione*

*epidermica non accompagnata da disturbi funzionali e non abbisognevole di cure, risulta perfettamente compatibile con il delitto di percosse”.*

Pertanto, in accordo con l’Autorevole dottrina medico-legale di merito con il termine di malattia si intende: *“ogni processo morboso a carattere evolutivo (dinamismo evolutivo) che colpisce la sede delle funzioni somatiche o la sede delle funzioni psichiche, accompagnato da disturbi funzionali o generali, obiettivamente rilevabili”.*

### **LESIONE PERSONALE**

**La lesione personale dolosa è così definita dall’articolo 582 c.p. (“Lesione personale”): “Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da tre mesi a tre anni. Se la malattia ha una durata non superiore ai venti giorni e non concorre alcuna delle circostanze aggravanti previste dall’art 583 e 585, ad eccezione da quelle indicate nel numero 1 e nell’ultima parte dell’articolo 577, il delitto è punibile a querela della persona offesa”.**

La legge distingue, sulla base della durata della malattia e della gravità della conseguenze, quattro diversi gradi di lesioni personali:

- I) **lievissima:** quando dalla lesione deriva una malattia nel corpo o nella mente di durata non superiore ai 20 giorni. Tale reato, in assenza di circostanze aggravanti (previsti dagli artt.

583 e 585 cp), punibile a querela della persona offesa, non prevede l'obbligo di referto ed è sanzionato con la reclusione da 3 mesi a 3 anni;

II) **lieve**: quando dalla lesione deriva una malattia nel corpo o nella mente di durata superiore ai 20 giorni e non eccedente i 40 giorni. In questo caso vi è procedibilità d'ufficio, per cui il referto è obbligatorio;

III) **grave** (art. 583 cp): è un delitto procedibile d'ufficio, vi è l'obbligo di referto ed è sanzionato con la reclusione da 3 a 7 anni. Tale reato si sostanzia nei casi di:

- malattia nel corpo e nella mente di durata superiore a 40 giorni;
- incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un periodo superiore ai 40 giorni: per "ordinarie occupazioni" non si devono intendere solo quelle lavorative ma, tutte quelle occupazioni, materiali, ludiche, intellettuali, purché lecite e abituali;
- pericolo per la vita della persona offesa: perché possa essere considerato circostanza aggravante, è necessario che il pericolo per la vita della persona offesa sia stato reale, attuale, incombente e non aleatoria ovvero genericamente possibile. Segni obiettivi di pericolo per la vita potrebbero essere costituiti da: polso filiforme ed aritmico, respiro dispnoico e superficiale, odnubilamento del sensorio e perdita dei riflessi;
- indebolimento permanente di un senso od organo.

L'indebolimento cui allude il codice penale, va inteso in via essenzialmente funzionale.

L'indebolimento deve avere carattere di "permanenza", ovvero configurante una condizione non suscettibile di miglioramento.

Oltremodo importante risulta essere anche la valutazione dello stato anteriore dell'organo, se si considera che in casi ove vi sia la perdita della funzione visiva nell'occhio residuo di un soggetto monocolo si configura una lesione personale gravissima, anziché grave, in quanto la menomazione antecedente costituisce concausa preesistente;

IV) **gravissima** (art. 583 c.p.): è un delitto procedibile d'ufficio; la pena prevede la reclusione da 6 a 12 anni. Essa si configura se dalla lesione deriva:

- malattia certamente o probabilmente insanabile: non occorre la certezza che il morbo sia irreversibile, essendo sufficiente che non si conoscano rimedi efficaci, ma tale da escludere con certezza o probabilità la restituito ad integrum;
- perdita di un senso: si configura per l'abolizione definitiva di un senso (vista, udito, etc.) ovvero per riduzione tale da rendere inutilizzabile la funzione residua. Per gli organi di senso duplici la perdita di uno di essi configura solitamente l'indebolimento permanente, non la perdita del senso. La perdita di un occhio, tuttavia, seppure non induce la perdita del senso, altera notevolmente la funzione binoculare e produce la perdita della stereoscopia che è una funzione presidiata dalla complementarietà indissolubili di due organi (CHIODI);



- perdita dell'uso di un organo: si configura nel caso di perdita funzionale di un organo. La perdita anatomica di un rene, ovaio, testicolo, etc. costituisce indebolimento e non perdita dell'uso di un organo (l'asportazione della milza è oggetto di discussioni ...);
- perdita di un arto o mutilazione che renda l'arto inservibile: l'arto deve essere considerato perso non solo in caso di asportazione di esso ma anche nell'impossibilità assoluta di usarlo secondo le sue normali funzionalità. In accordo con la corretta metodologia medico-legale, la perdita funzionale risulta equiparabile alla perdita anatomica);
- difficoltà grave e permanente della favella: ove per favella, il Legislatore ha considerato come lesione gravissima non soltanto la perdita ma pure la permanente e grave difficoltà il che trova la sua motivazione nella straordinaria rilevanza dell'eloquio per la vita di relazione;
- perdita della capacità di procreare. Nell'uomo può aversi ipotentia coeundi e impotentia generandi, mentre nella donna può configurarsi ipotentia coeundi, impotentia concipiendi e impotentia partorienti. Quest'ultima potrebbe configurarsi a seguito di frattura del bacino con relativa impervietà del canale del parto ed impossibilità per la donna di espletare il parto per via naturale. Non assume alcuna valenza la possibilità di effettuare comunque il parto con taglio cesareo né rileva il possibile utilizzo di tecniche di fecondazione artificiale nella ipotentia generandi;
- deformazione o sfregio permanente al viso.

In altri termini, la deformazione deve essere localizzata nell'ambito del viso, cioè nella parte anteriore della testa (dall'attaccatura del capillizio fino all'estremità del mento e dall'uno all'altro padiglione auricolare. Deve essere dotata del carattere di permanenza.

## **LESIONE PERSONALE E COLPOSA**

**In accordo con l'articolo 509 c.p. risponde di tale reato “chiunque cagiona ad altri, per colpa, una lesione personale”.**

Se ne distinguono 3 gradi:

- *lesione colposa **semplice***: malattia non superiore a 40 giorni. La sanzione prevede la reclusione fino a 3 mesi o multa fino a euro 309,87;
- *lesione colposa **grave***: sono previste le stesse circostanze aggravanti dell'art. 583 relativo alle lesioni personali dolose; reclusione da 1 a 6 mesi o multa da euro 123,94 ad euro 619,74;
- *lesione colposa **gravissima***: corrisponde, per circostanza, all'omologa dolosa; è prevista la reclusione da 3 mesi a 2 anni o multa da 309,87 ad euro 1239,49.

Le pene sono aumentate in caso di lesioni colpose gravi e gravissime secondarie a violazioni del codice della strada o a quelle relative alla prevenzione degli infortuni sul lavoro.

## **LA CARTELLA CLINICA E LA CARTELLA INFERMIERISTICA**

La **Cartella Clinica** assume significato di atto pubblico contenente l'attività del reparto nei confronti del singolo paziente durante l'intero ricovero.

Tecnicamente documenta la storia clinica del paziente dal momento del ricovero sino alla sua dimissione.

Generalmente, il primo foglio della Cartella Clinica, riporta dati relativi al reparto, il numero di ricovero e l'anno, i dati anagrafici del paziente (data di nascita, residenza, stato civile ed attività lavorativa, ecc.), la data e la diagnosi d'ingresso e la diagnosi di dimissione.

Opportunamente succederanno fogli relativi alla raccolta dei dati anamnestici e dell'obiettività (è compito del primo medico del reparto che visita il paziente compilare la parte anamnestica ma, la stessa può essere raccolta e quindi verbalizzata da un medico tirocinante - Decreto Ministeriale 28 ottobre 1975).

Di seguito, il diario clinico documenterà dati, inerenti le condizioni, terapia in corso, richiesta di esami strumentali o di laboratorio, loro effettuazione e relativa refertazione.

Vi è poi il foglio in cui vengono trascritti i parametri fisiologici (pressione arteriosa, polso, respiro, temperatura, escreti secreti, ecc.), la cui compilazione **è compito specifico dell'infermiere professionale che li rileva.**

Ove siano praticate emotrasfusioni, oltre alla loro segnalazione nel diario terapeutico, si procederà opportunamente a

documentare (mediante relativa codice di riconoscimento della sacca) il lotto utilizzato; parimenti, il registro operatorio documenterà gli eventuali trattamenti chirurgici praticati.

Sotto il profilo legale, responsabile della corretta compilazione risulta il Primario del reparto (art. 7 DPR 27 maggio 1969, n. 128), mentre responsabile della corretta conservazione dei dati è il Direttore sanitario (art 5 DPR n. 128), al quale il coordinatore infermieristico destinerà la Cartella Clinica.

La direzione sanitaria ha l'obbligo di conservare per un tempo illimitato la Cartella.

Va da sé che i dati contenuti in Cartella devono corrispondere a quelli realmente obiettivati, trascritti in tempo reale (sebbene il Legislatore considera *lecito* un lasso cronologico relativamente alla diagnosi).

Giova sottolineare, l'importanza dei dati fisiologici (oltre a quelli inerenti la terapia somministrata) riportati in Cartella, per nulla insignificanti rispetto agli altri rilievi, poiché tali dati, oltre alla palese importanza clinica, rivestono valore probatorio, rilevante soprattutto in caso di responsabilità professionale quando gli stessi appaiono in netto contrasto con quanto riportato nel diario clinico (ad esempio un andamento febbrile di tipo settico non adeguatamente trattato e con la segnalazione che il “decorso clinico è normale”).

Di pari valore, risultano i dati desumibili dal *Registro operatorio*; a tale ultimo, l'attento perito potrà ricavare la descrizione delle diverse fasi operatorie, l'operatore chirurgico e relative equipe, tipo di intervento scelto, modalità di esecuzione, ecc..

Anche per il Registro operatorio risultano obbligatori i requisiti richiesti dal Consiglio Superiore di Sanità, ovvero:

- Sostanziali:
  - a) veridicità;
  - b) completezza;
  - c) chiarezza.
- Formali

- a) data, ora d'inizio ed ora della fine dell'atto operatorio;
- b) nome del primo operatore e di quanti altri abbiano partecipato direttamente all'intervento;
- c) diagnosi finale e denominazione della procedura eseguita;
- d) tipo di anestesia utilizzata e nome dei sanitari che l'hanno condotta;
- e) descrizione chiara e particolarizzata della procedura;
- f) sottoscrizione del primo autore;

Il Primario/Direttore dell'Unità Operativa è responsabile della corretta compilazione, tenuta e conservazione del Registro che deve avvenire secondo quanto previsto per la Cartella clinica.

I reati potenzialmente derivanti da una parziale o errata compilazione della Cartella Clinica consistono in: **falsità (ideologica e materiale) in atto pubblico** e **omissione d'atti d'ufficio**.

Ove risulti un danno dimostrabile nei confronti del paziente, il responsabile sarà chiamato al risarcimento in sede civile.

*L'annotazione dei parametri giornalieri, la registrazione delle procedure diagnostiche svolte e della terapia prescritta, infatti, sono fondamentali per avere un quadro completo e sempre aggiornato sullo stato di benessere dei pazienti e soprattutto costituiscono un ottimo metodo di comunicazione tra tutto il personale preposto a vari livelli alla loro assistenza e cura. Emerge, quindi, quanto sia importante che questa comunicazione tra medici e infermieri o tra infermieri di turni consecutivi sia effettiva e che avvenga in maniera rapida, sintetica e sempre comprensibile avvalendosi di informazioni precise e dettagliate.*

*Negli anni '80 esistevano tre strumenti utilizzati dal personale sanitario per ogni reparto per annotare tutti i dati riguardanti lo stato generale dei pazienti, vari esami diagnostici prescritti e la terapia: il quaderno del rapporto infermieristico, il diario clinico e la Cartella clinica.*

Sul quaderno del rapporto infermieristico che veniva utilizzato solamente dal personale infermieristico, veniva copiata la terapia (dal diario clinico), venivano riportate le consegne infermieristiche

e venivano annotate tutte le procedure programmate per la giornata. Tale strumento, in cui potevano esserci degli errori, non veniva allegato alla Cartella clinica.

Alla fine degli anni ottanta è stato sviluppato, in alcuni ospedali, un progetto per abolire il quaderno del rapporto infermieristico creando una Cartella infermieristica che venisse allegata alla documentazione del paziente, che potesse contenere più dati ma in cui la terapia medica venisse copiata sempre dal diario clinico.

Una importante ed auspicata acquisizione si è verificata allorché il Legislatore ha dettato l'unificazione del rapporto infermieristico con il diario clinico e conseguente nascita della Cartella medico-infermieristica integrata.

La **Cartella infermieristica** può quindi essere definita come quello strumento operativo e informativo utile per registrare, progettare, gestire, comunicare, valutare e documentare l'assistenza infermieristica.

Già nel 1973, ad opera della legge n. 795, viene affermato che: *“è funzione essenziale dell'infermiere professionale osservare le condizioni o gli stati fisici o emotivi che provocano importanti ripercussioni sulla salute e comunicare tali osservazioni agli altri membri del gruppo sanitario”*.

Negli anni numerose critiche generava la su indicata legge poiché in essa non risultavano espressamente indicate le modalità ed i requisiti minimi propri di una corretta comunicazione da parte del personale infermieristico.

Il DPR n. 384 del 28 novembre 1990 recepiva l'accordo per il contratto collettivo dei dipendenti del Servizio Sanitario **Nazionale**, nella parte in cui recitava: *“deve attivarsi un modello di assistenza infermieristica che, nel quadro di valorizzazione della specifica professionalità, consenta, anche attraverso l'adozione di una Cartella infermieristica, un progressivo miglioramento delle prestazioni al cittadino”*.

Straordinaria importanza assumeva il DM n. 794 del 1994 e, da ultimo, la legge n. 42 del 1999 (in sostanza quella che ha

abrogato il mansionario) poiché sanciva il doveroso e fino ad allora soltanto auspicato riconoscimento della figura professionale dell'infermiere quale “*professionista dell’assistenza*”.

## **LA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE**

### ***PRINCIPI GENERALI***

Sul medico, quale esercente una professione sanitaria, svolgendo servizio di pubblica necessità ed in taluni casi assumendo la qualifica di incaricato di pubblico servizio o di pubblico ufficiale (medico), con un ulteriore carico di specifici doveri e responsabilità, ricadono specifici oneri e doveri.

A carico dei sanitari è riconosciuta una responsabilità:

- *civile*: che implica un danno patrimoniale da risarcire;
- *penale*: di natura personale, consegue al compimento, deriva dalla realizzazione da parte del soggetto attivo, di un reato cui il legislatore prevede una sanzione;
- *amministrativa*: importa un danno realizzato da parte del sanitario, a carico di interessi pubblici dello Stato o di altri Enti pubblici;

- *disciplinare*: deriva dalla violazione di specifici obblighi la cui inosservanza implica sanzioni disciplinari.

Qualsivoglia giudizio in ordine ad eventuale responsabilità professionale importa verifica ed accertamento del rapporto di causalità materiale tra azione (commissiva/omissiva) del sanitario e danno realizzatosi.

Per quanto concerne diverse fattispecie di responsabilità professionale a carico dell'infermiere nonché del medesimo al quale – in via transitoria - è assegnata, in via transitoria, la funzione di “coordinamento” (caposala), giova la pur sintetica esposizione delle disposizioni che regolano l'esercizio professionale dell'attività di infermiere.

Anzitutto, la carenza normativa che differenzia il ruolo di coordinatore rispetto all'infermiere rende equiparabile – sotto il profilo legislativo - le due figure.

In accordo con la legge 42/1999, l'infermiere è un *esercente una professione sanitaria*; il Codice Civile, all'art. 2229, prevede che l'infermiere è un esercente una professione intellettuale ed esplica la sua attività a seguito del conseguimento del diploma di laurea o titolo equipollente riconosciuto dallo stato ed è iscritto all'albo professionale.

Infine, l' art. 358 del Codice Penale prevede che qualora l'infermiere risulti inserito in una struttura pubblica (assistenziale), è una persona *incaricata di pubblico servizio*.

1) Giova citare il DM n. 739/94 secondo cui la figura di infermiere responsabile dell'assistenza generale infermieristica è



quella di un professionista intellettuale, competente, autonomo e responsabile.

2) La nuova normativa (successiva al DPR 128/1969, art. 41) precisa in quattro elementi l'area di competenza professionale dell'infermiere:

- il codice deontologico;
- il profilo professionale;
- l'ordinamento didattico;
- la formazione post-base.

3) Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del campo Sanità (CCNL), biennio economico 2000/2001, relativamente all'art. 10 (*“Coordinamento”*) nella parte in cui recita: *“È prevista una specifica indennità per coloro cui sia affidata la “funzione di coordinamento” delle attività dei servizi di assegnazione, nonché del personale appartenente allo stesso o ad altro profilo anche di pari categoria ed – ove articolata la suo interno – di pari livello economico, con assunzione di responsabilità del proprio operato. L'indennità di coordinamento si compone di una parte fissa ed una variabile. In prima applicazione l'indennità di funzione di coordinamento ... è corrisposta in via permanente ai CPSI – caposala – già appartenenti alla categoria D e con reali funzioni di coordinamento ... ”.*

## **LA RESPONSABILITA' PENALE**

La responsabilità penale deriva dal commettere un fatto (per commissione/omissione) previsto dalla legge quale *reato*.

La responsabilità penale può essere **dolosa** o **colposa**, secondo il diverso elemento psicologico.

In accordo con l'art. 42 C.P., sussistono situazioni di imputabilità senza responsabilità: “*nessuno può essere punito per una azione od omissione prevista dalla legge come reato se non l'ha commessa con coscienza e volontà*”.

L'art.27 della Costituzione, al I comma sancisce: “*La responsabilità penale è personale*”.

### **Responsabilità dolosa**

Prevede la volontà dell'azione.

L'accertamento medico-legale, in tale fattispecie di reato è circoscritto generalmente in tre distinte situazioni:

1. trattamento sanitario praticato anche nel caso di un esplicito dissenso manifestato dal paziente;
2. trattamento sanitario praticato in assenza della preliminare acquisizione di consenso;
3. trattamento sanitario praticato previo consenso antitetico all'ordine pubblico ed il buon costume.

#### *1) Dissenso del paziente*

Sotto il profilo pratico, l'esempio statisticamente più frequente, risulta inerente al rifiuto di sottoporsi a trattamenti emo-

trasfusionali da parte di tutti quei soggetti (testimoni di Geova) che per motivi religiosi rifiutano l'ipotesi di sottoporsi a tale trattamento terapeutico.

Il dissenso del paziente deve essere in massima parte rispettato.

Ovviamente, tale orientamento giuridico riconosce due importanti eccezioni:

- 1) **tutti i casi di trattamento sanitario obbligatorio** (vaccinazioni obbligatorie);
  - 2) **i casi in cui si configura stato di necessità** (art. 54 C.P.).
- 2) *Assenza della preliminare acquisizione di valido consenso informato.*

A tal proposito, giova ricordare l'articolo 32 della Costituzione nella parte in cui recita: *“Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”*.

- 3) *Consenso in contrasto con l'ordine pubblico ed il buon costume*

Non risulta sufficiente la sola acquisizione di un valido consenso prestato dal paziente nei casi in cui la manifestata volontà a disporre del proprio corpo risulta antitetica all'ordine pubblico e al buon costume”.

### **Responsabilità colposa**

Risulta regolata dall'art. 43 C.P. nella parte in cui recita: *“quando l'evento anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza, imprudenza o imperizia ovvero per inosservanza delle leggi, regolamenti, ordini o discipline”*.

Ne consegue che l'elemento distintivo di tale fattispecie di reato risulta la mancanza di volontà nel determinare l'evento.

Distinguiamo una colpa specifica o generica:

- la colpa **specific**a deriva da l'inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline;
- la colpa **generica** importa una condotta caratterizzata da imprudenza, imperizia o negligenza

### *Colpa per negligenza*

La negligenza può essere opportunamente definita ed individuata *non osservanza delle regole sociali che indicano i doveri di diligenza derivanti dalla comune esperienza o dalle esigenze di normale accortezza nello svolgimento di determinate attività*.

### *Colpa per imprudenza*

In tutti quei casi privi dei requisiti di accuratezza, impegno, attenzione, ecc.

### *Colpa per imperizia*

Con riferimento alle professioni sanitarie, il giudizio medico-legale dovrà necessariamente tener conto delle specifiche difficoltà proprie del caso di specie.

A tal proposito, giova ricordare l'art. 2236 C.C. che circostringe – nei casi di particolare difficoltà - la punibilità soltanto nei casi di colpa grave.

Più specificamente, la colpa grave è richiesta unicamente nell'individuazione di un comportamento imperito.

## **RESPONSABILITÀ PENALE DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO**

Per quanto concerne la professione infermieristica si è chiamati a rispondere sotto il profilo di responsabilità penale in tutti quei casi di inosservanza di specifici doveri.

In ordine al del coordinatore infermieristico (caposala) giova la sintetica elencazione di taluni doveri:

- ***coordinamento e controllo del lavoro degli infermieri in relazione alla somministrazione delle terapie;***
- ***informazione e controllo, in qualità di preposto, del lavoro degli infermieri in rapporto all'esecuzione, in base ai vigenti protocolli, della raccolta, conservazione ed invio al laboratorio analisi del materiale per le ricerche diagnostiche, con particolare riguardo nella prevenzione***

**del rischio, all'uso dei dispositivi di protezione individuale (DPI) e indumenti, come previsto dalla legge n. 81/08;**

- **informazione agli infermieri e controllo delle procedure d'isolamento sanitario basato su linee guida;**
- **informazione ai propri collaboratori, predisposizione e controllo dei mezzi necessari per l'immagazzinamento e lo smaltimento dei rifiuti in condizione di sicurezza e per il trasporto di agenti biologici;**
- **verifica della adeguata presenza di servizi igienici, spogliatoi separati per il deposito di abiti civili e gli indumenti potenzialmente infetti; osservanza del divieto di fumare;**
- **conservazione di presidi e medicinali secondo le disposizioni normative o dell'ente e tenuta dei relativi carteggi di carico-scarico;**
- **corretta esecuzione delle pratiche amministrative;**
- **controllo della pulizia e del microclima ambientale ai fini della prevenzione delle infezioni nosocomiali e segnalazione di qualunque situazione che appaia rischiosa o nociva per la salute di operatori e utenti.**

I possibili reati cui il coordinatore infermieristico può incorrere riconoscono tanto fattispecie esclusivamente professionali, quanto reati comuni:

a) *reati tipicamente professionali:*

- interruzione di ufficio o servizio pubblico (art. 340 C.P.);
- omissione o rifiuto di atti di ufficio (art. 328 C.P.);

- omissione di reato (art. 365 C.P.);
- omissione di denuncia di reato all'autorità giudiziaria (art. 362 C.P.);
- rivelazione di segreto professionale o di segreto d'ufficio, nella quale può incorrere tra gli altri, la persona incaricata di pubblico servizio (artt. 622 e 326 C.P.);
- conservazione di farmaci scaduti accanto a quelli di uso corrente (art. 443 C.P.);
- detenzione di medicinali difettosi, con l'obbligo di immediata segnalazione al Ministero della Salute, Dipartimento per la valutazione dei medicinali (DM Sanità 27 febbraio 2001);
- abbandono di persone minori od incapaci (art. 591 C.P.).  
Affidare nel turno i ricoverati a personale insufficiente o non competente, pur in caso di grave carenza di personale, può comportare una responsabilità penale per i vertici aziendale ma, in alcuni casi, anche per il coordinatore infermieristico. L'eventuale mancanza delle risorse minime indispensabili comporta responsabilità di altri; tuttavia è necessario che il coordinatore infermieristico segnali per iscritto a chi di dovere la situazione "formulando le proposte opportune per rimuovere le difficoltà" (DPR n.3/1957, art. 16).

b) *reati comuni a tutti:*

- lesione personale colposa (art. 590 C.P.);
- omicidio colposo (art. 589 C.P.);
- sequestro di persona (art. 605 C.P.).

## **LA RESPONSABILITÀ CIVILE**

La responsabilità civile prevede l'inadempimento di obbligazioni dovute nei confronti del paziente e derivanti dalla sussistenza di un rapporto di tipo **contrattuale** o di tipo **extracontrattuale**.

### **Responsabilità contrattuale**

In accordo con gli articoli 2229-2230 C.C., l'attività del medico e dell'infermiere, intesa sotto il profilo giuridico, risulta definita come un *contratto d'opera intellettuale* alla quale è concessa discrezionalità nell'esecuzione (relativamente alla prestazione) e dal compimento di una prestazione che prescindano dal risultato conseguito (*obbligazione di mezzi e non di risultati*).

Fatte salve talune e specifiche eccezioni, su tutti gli esercenti una professione sanitaria (compreso l'infermiere), incombe unicamente l'obbligo di mettere in atto tutti i mezzi possibili al fine di realizzare la guarigione del paziente.

Questa circoscrizione relativa all'obbligazione risulta di fondamentale rilevanza ai fini dell'accertamento di responsabilità poiché esclude profili di colpa in tutti quei casi di mancato raggiungimento dei risultati auspicati ma caratterizzati dalla dovuta diligenza da parte dei sanitari ovvero infermieri.

L'art. **1176 C.C.** (*Diligenza dell'adempimento*) sancisce che “*nell'adempiere l'obbligazione, il debitore deve usare la diligenza del buon padre di famiglia*” e che questa, nell'esercizio di un'attività professionale, “*deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata*”. La giurisprudenza ha successivamente



interpretato il concetto del “buon padre di famiglia” alla pari di quello “*regolato ed accorto professionista*”.

L'articolo su citato importa che l'esercente una professione sanitaria risponde anche nei casi di *colpa lieve*.

In ordine alla graduazione della colpa distinguiamo la colpa in: lata, lieve, lievissima.

È ***lata*** quando l'evento dannoso si sarebbe potuto prevedere; è ***lieve*** quando l'evento si sarebbe potuto prevedere unicamente mediante condotta diligente; è ***lievissima*** quando l'evento si sarebbe potuto prevedere unicamente in caso di diligenza straordinaria ovvero non comune.

Ritornando al concetto di responsabilità contrattuale, giova citare l'art. **1218 C.C.** (“*Responsabilità del debitore*”) che recita “*Il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno, se non prova che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile*”.

Ne deriva che, in caso di responsabilità contrattuale, abbia l'onere della prova ricade sul professionista sanitario: provare che l'inadempimento - ovvero il ritardo nell'adempimento - della prestazione professionale sia dovuta a causa a lui non imputabile (***onere della prova a carico del debitore***).

### **Responsabilità extracontrattuale (o aquiliana)**

In accordo con l' **art. 2043 C.C.**: “...*qualunque fatto doloso o colposo che cagioni ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che l'ha commesso a risarcire il danno ...*”.

In un primo momento di riflessione consente di affermare come la responsabilità contrattuale ed extracontrattuale differiscono sotto il profilo dell' “**onere della prova**” .

In altri termini, il paziente, per dimostrare la responsabilità di un sanitario, dovrà vedere accertato che lo stesso abbia attuato una condotta colposa o dolosa della quale si sia cagionato un danno ingiusto.

Relativamente ai casi circoscritti alla fase di esecuzione della prestazione, giova citare l'**art. 2236 C.C.** (“*responsabilità del prestatore d'opera*”: “*Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o di colpa grave.*”), che importa - limitatamente alle prestazioni implicanti la risoluzione di particolari “**problemi tecnici di speciale difficoltà**” - un accertamento della responsabilità del professionista riferita ai soli casi di “dolo o colpa grave”.

Utile risulta sottolineare come l'art 2236 C.C. e più specificatamente nella parte in cui limita la responsabilità ai casi di colpa grave, si riferisca alla sola *imperizia* (e non imprudenza e negligenza).

## **LA RESPONSABILITÀ DISCIPLINARE**

I riferimenti normativi dai quali deriva la responsabilità disciplinare riconoscono una comune origine, tanto per l'infermiere, quanto per gli operatori sanitari in generale. La responsabilità disciplinare dell'infermiere deriva da:

- i doveri cui è tenuto in qualità di iscritto al Collegio e – conseguentemente - al rispetto del codice deontologico;
- gli obblighi derivanti dall'adempimento del contratto di lavoro.

Il nuovo codice deontologico dell'infermiere (testo approvato dal Comitato centrale della Federazione IPASVI nel febbraio 1999, recepito dalla legge n. 42/1999), regola i principi fondamentali che devono caratterizzare l'attività professionale dell'infermiere:

- **art. 6.1:** *“L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale”.*
- **art. 6.3:** *“L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o a disservizi provvede a dare comunicazione e, per quanto possibile, a ricercare la situazione più favorevole”.*

Tutte le infrazioni di norme deontologiche da cui derivano sospensioni disciplinari, determinano – sospensioni - o la radiazione dal servizio.

La responsabilità disciplinare propria di inottemperanza agli obblighi contrattuali si configura nel caso di una condotta che non sia conforme agli impegni contrattuali assunti. A tal proposito, giova citare l'**art. 13** del DPR n. 3/57(*“Comportamento*

*in servizio”) prescrive: “Nei rapporti con i superiori e con i colleghi l’impiegato deve ispirarsi al principio di un’assidua e solerte collaborazione; deve essere di guida e di esempio ai dipendenti, in modo da assicurare il più efficace rendimento del servizio.”.*

**L’art. 16** (“Dovere verso il superiore”), commi 1 e 2, dispone: *“L’impiegato deve eseguire gli ordini che gli siano impartiti dal superiore gerarchico relativamente alle proprie mansioni.*

*Quando, nell’esercizio delle sue funzioni, l’impiegato rilevi difficoltà derivanti dalle disposizioni impartite dai superiori per l’organizzazione, deve riferirne per via gerarchica, formulando le proposte a suo avviso opportune per rimuovere la difficoltà. Parimenti per via gerarchica deve essere inoltrata ogni altra istanza dell’impiegato.”*

**L’art. 17** (“Limiti al dovere verso il superiore”) definisce nei termini seguenti i limiti al dovere verso il superiore: *“L’impiegato, al quale, dal proprio superiore, sia impartito un ordine che egli ritenga palesemente illegittimo, deve farne rimostranza allo stesso superiore, dichiarandone le ragioni. Se l’ordine è rinnovato per iscritto, l’impiegato ha il dovere di darvi esecuzione. L’impiegato non deve comunque eseguire un ordine del superiore quando l’atto sia vietato dalla legge penale”.*

### **Responsabilità amministrativa-disciplinare**

Il datore di lavoro è dotato di un potere disciplinare entro i limiti sanciti dal Contratto Collettivo che riguarda la Sanità Pubblica.

Tali limiti risultano strettamente correlati al concetto di

- *Tassatività*
- *Proporzionalità*

Il Decreto Legislativo 29/93, introduce le nuove figure di sanzioni:

- rimprovero verbale;
- rimprovero scritto (censura);
- multa con importo non superiore a 4 ore di retribuzione; (Queste tre sono per questioni di lieve entità: es. orario di lavoro)
- sospensione del lavoro e della retribuzione fino a un massimo di 10 giorni (es.: comportamenti minacciosi o diffamanti);
- licenziamento con preavviso: quando il lavoratore compie atti tali da non consentire la prosecuzione del rapporto di lavoro (“in tronchetto”) persistente insufficienza del rendimento di compiti assegnati;
- licenziamento senza preavviso: da non consentire la prosecuzione neanche provvisoria (“in tronco”).

Tutte le sanzioni disciplinari, tranne il rimprovero verbale, devono essere adottate previa comunicazione resa in forma scritta.

Tale rimprovero deve necessariamente avvenire entro 20 giorni dalla conoscenza del fatto da parte dell'Istruttore.

Il procedimento disciplinare deve essere concluso entro 120 giorni; in caso contrario risulterà estinto.

L'art. 31 definisce la **sospensione cautelare**:

- **sospensione cautelare in caso di procedimento disciplinare:**

art. 31: L'azienda o l'ente può disporre l'allontanamento dal lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni con conservazione della retribuzione.

- **sospensione cautelare in caso di procedimento penale:** art. 32: Il dipendente colpito da misura restrittiva della libertà è sospeso d'ufficio dal servizio con privazione della retribuzione o anche senza restrizione della libertà in caso di *rinvio a giudizio* ovvero, l'ente può prolungare la sospensione fino alla sentenza definitiva.

art. 15 della legge 55/90: Al dipendente è corrisposta un'indennità pari al 50% della retribuzione fissa, più gli assegni del nucleo familiare.

art. 3 della legge n. 97/01: In caso di rinvio a giudizio, l'amministrazione dell'ente:

- può trasferire il dipendente in un ufficio diverso da quello in cui prestava servizio;
- può assegnare al dipendente un nuovo incarico.

Entro i 10 giorni successivi alla comunicazione della sentenza, l'amministrazione può:

- 1) reintegrare il lavoratore nel vecchio incarico;
- 2) far permanere il lavoratore nel nuovo incarico;
- 3) non reintegrarlo.

In caso di condanna, si ha l'estinzione del rapporto di lavoro nel caso in cui la reclusione sia non inferiore ai 3 anni.

## **Responsabilità disciplinare ordinistica**

L'art. 8 del DLCPS n. 23/46 stabilisce che per l'esercizio delle professioni sanitarie è necessaria l'iscrizione al relativo albo, così come recepito dal DM 739/94 (profilo professionale).

Le sanzioni disciplinari comminabili erano previste dal DPR 5 aprile 1950: *“I sanitari che si rendono colpevoli di abusi o mancanze nell'esercizio della professione, sono sottoposti a procedimento disciplinare da parte del consiglio del collegio della provincia nel cui albo sono iscritti”*.

Le sanzioni che il Consiglio può, attualmente, comminare sono:

- *ammonimento*
- *censura*
- *sospensione dell'esercizio professionale da 1 a 6 mesi*
- *radiazione dall'albo*

Altre fonti di responsabilità sono rappresentate

- dall'obbligo del segreto professionale;
- dal referto;
- dalla prestazione della propria opera in caso di calamità.

## **PRINCIPALI REATI DI INTERESSI INFERMIERISTICO**

### ***Esercizio abusivo della professione infermieristica***

Le condizioni dell'esercizio legale della professione infermieristica sono:

- il possesso del diploma di infermiere o infermiere professionale;
- l'iscrizione al collegio IPASVI;
- il rispetto del Codice Deontologico.

L'esercizio legale ovvero abusivo della professione infermieristica, regolato dall'art. 348 C.P..

Giova elencare talune sanzioni citate dall'art. 348 cp:

- prestazioni effettuate a titolo gratuito;
- prestazioni compiute con il consenso di chi le ha ricevute;
- prestazioni compiute con l'autorizzazione e/o la presenza del professionista abilitato.

Di pari, l'art. 348 C.P. disciplina l'esclusività di atti tipici degli infermieri:

- prelievo capillare e venoso del sangue;
- esecuzione e somministrazione di fleboclisi;
- cateterismo maschile e femminile.

### ***Somministrazione e detenzione di farmaci guasti od imperfetti***

In accordo con l'art.443 C.P.: “... chiunque ponga in commercio o somministri medicinali guasti o imperfetti sia punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con una multa non inferiore a 100 euro ...”.

Atteso che per farmaco si intende: “ogni sostanza o composizione presentata come avente proprietà curative o profilattiche delle



*malattie umane o animali, nonché ogni sostanza o composizione da somministrare all'uomo o all'animale allo scopo di stabilire una diagnosi medica o di ripristinare, correggere o modificare funzioni organiche umane o animali”.*

Gli oneri che ricadono sul caposala e gli infermieri, per non incorrere nel reato di cui all'art. 443 C.P. sono così riassunti:

- nel controllo della scadenza del farmaco;
- nel controllo dell'integrità della confezione;
- nel rispetto delle norme previste per la conservazione.

#### *Disciplina della detenzione dei farmaci campione*

Il personale infermieristico, a differenza del medico, è autorizzato alla sola somministrazione del farmaco.

#### *Detenzione di farmaci difettosi o contenenti corpi estranei*

Giova citare il decreto del Ministero della Sanità del 27 febbraio 2001 nella parte in cui recita:

1. gli operatori sanitari che rilevano la presenza di corpi estranei o difetti di medicinale o che ricevono una segnalazione in tal senso da parte di un privato cittadino, devono innanzitutto salvaguardare l'integrità del confezionamento del prodotto medesimo ovvero, nel caso quest'ultimo sia stato manomesso per l'impiego, operare una chiusura provvisoria che assicuri la conservazione del prodotto nello stato in cui è stato rilevato;
2. gli stessi operatori sanitari devono dare immediata comunicazione al Ministero della Salute, Dipartimento per la Valutazione dei Medicinali e le Farmacovigilanza, ufficio V,

utilizzando il modello A allegato che costituisce parte integrante del presente decreto.

3. L'ufficio V del dipartimento per la Valutazione dei Medicinali e la Farmacovigilanza, competente, tra l'altro, in materia di revoche, sequestri, ritiri lotto, sospensione e sistema di allerta rapido internazionale dei farmaci per uso umano, dispone, se del caso, a tutela della salute pubblica, i provvedimenti cautelativi preliminari sul lotto oggetto della segnalazione, così come previsto dal decreto legislativo 29 maggio 1991, n. 178 e successive modificazioni ed integrazioni, avvalendosi, eventualmente del Nucleo Antisofisticazioni dei Carabinieri per la Sanità;
4. Il campione di medicinale oggetto della segnalazione, qualora integro, ad esclusione di quanto previsto al successivo comma 5, deve essere inviato, corredato della documentazione di cui al comma 2, a cura del segnalante e nel rispetto delle condizioni di corretta conservazione durante il trasporto, all'Istituto Superiore di Sanità che effettua gli opportuni accertamenti. I relativi esiti sono trasmessi all'ufficio V del Dipartimento per la Valutazione dei Medicinali e la Farmacovigilanza, nonché al segnalante. L'ufficio V adotta dopo opportune valutazioni, i provvedimenti definitivi previsti dal D Lgs 178/1991 e successive modificazioni ed integrazioni, avvalendosi, eventualmente, del Nucleo Antisofisticazioni dei Carabinieri per la Sanità;
5. Il campione di medicinale oggetto della segnalazione, qualora non integro o contenente corpi estranei identificabili a vista, non deve essere inviato all'Istituto Superiore della Sanità.

L'ufficio V del Dipartimento per la Valutazione dei Medicinali e la farmacovigilanza procede all'adozione di quelle iniziative ritenute utili per assicurare il rispetto delle norme di buona fabbricazione da parte dell'officina produttrice.

## **OBBLIGHI D'INFORMATIVA NEI CONFRONTI DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA**

### **LE QUALIFICHE GIURIDICHE**

In base a quanto stabilito dall'**art. 357 cp, Pubblico Ufficiale** è colui che svolge la sua attività per soddisfare finalità dello Stato o di altro Ente o Istituto pubblico e che riceve il suo potere di autorità e di rappresentanza direttamente dallo Stato o dall'Ente pubblico considerato. Acquistano tale qualifica gli impiegati dello stato o di altro Ente o Istituto pubblico od ogni altra persona, sebbene non dipendente dallo Stato che eserciti, sia pure temporaneamente, una funzione pubblica (ossia legislativa, amministrativa o giudiziaria). Sono dunque da considerare tali:

- i consulenti tecnici d'ufficio o i periti;
- i direttori sanitari di un ospedale o di un istituto universitario;
- i medici preposti dalla pubblica amministrazione a controllare l'effettiva sussistenza di una malattia del dipendente e quindi la legittimità dell'assenza dal servizio;
- qualsiasi altro medico od odontoiatra che presti la propria attività come dipendente sebbene non di ruolo, della struttura pubblica;

- il medico INPS o il medico INAIL nello svolgimento dei compiti di Istituto;
- il medico specialista ambulatoriale dell'ASL nell'espletamento della sua attività;
- il medico che presti la sua opera libero-professionista per una Casa di Cura convenzionata;
- i medici della Polizia di Stato, i medici militari, i medici dell'amministrazione penitenziaria, i medici di bordo, i medici dipendenti dal Ministero della sanità o di altri enti pubblici, i medici di sanità marittima, aerea e di frontiera, i medici carcerari, i medici necroscopi, etc.

L'**art. 358 cp** stabilisce che **Incaricati di Pubblico Servizio** sono gli impiegati dello Stato o di altro Ente pubblico che prestino, permanentemente o temporaneamente, a qualunque titolo, un pubblico servizio, ovvero un'attività caratterizzata dalla mancanza dei poteri propri della funzione pubblica e che lo Stato oppure un altro Ente pubblico, espleta servendosi di persone appositamente incaricate, al fine di soddisfare i bisogni della collettività.

Acquistano la qualifica di **Esercenti un Servizio di Pubblica Necessità**, i privati cittadini che svolgono professioni, il cui esercizio per legge sia vietato senza la speciale abilitazione dello Stato, quando della loro opera il pubblico per legge è obbligato a valersi; ovvero i privati cittadini che, pur non esercitando una pubblica funzione o un pubblico servizio, adempiono un servizio dichiarato di pubblica necessità mediante un atto della pubblica amministrazione.

In sostanza, la differenza tra pubblico servizio e servizio di pubblica necessità consiste nel fatto che il primo viene espletato dallo Stato (mediante persone direttamente incaricate), il secondo viene espletato da privati che abbiano ottenuto dallo Stato una regolare abilitazione.

Si evince, pertanto, chiaramente che l'attività di infermiere non sia in alcun modo riconducibile alla nozione di pubblico ufficiale, caratterizzata dalla funzione amministrativa, che l'infermiere non

ha. L'attività di questi rientra in quella dell'incaricato di pubblico servizio, qualora presti la sua opera come dipendente del Servizio Sanitario Nazionale o come dipendente di Casa di Cura privata convenzionata. Qualora l'infermiere operi in regime di libera professione o in strutture private non convenzionate (o non accreditate), è valida per lui la qualifica prevista dall'**art. 359 cp** che definisce le "persone esercenti un servizio di pubblica necessità".

## IL REFERTO

Il **referto** è l'atto scritto con il quale un esercente una professione sanitaria porta a conoscenza dell'autorità giudiziaria fatti in cui ha prestato la propria assistenza o opera che possono presentare i caratteri di un delitto procedibile d'ufficio. L'obbligo del referto così è regolato dall'**art. 365 cp** ("*Omissione del referto*"): "*Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria, prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si deve procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferire all'autorità indicata nell'art. 361, è punito con la multa fino a lire 1.000.000. questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale*".

Ne consegue che l'obbligo del referto incombe su tutti coloro che esercitano una professione sanitaria (i medici-chirurghi, gli odontoiatri, l'infermiere, l'ostetrica, la vigilatrice d'infanzia, etc.).

L'obbligo di redigere referto, ricade tanto nel caso di assistenza quanto di opera. Per *assistenza* si intende l'attività diagnostica-terapeutica esplicata su persona vivente; per *opera* si intende qualsiasi attività sanitaria che abbia finalità di accertamento.

L'**art. 334 cpp** regola tempi e modalità di trasmissione: "*Chi ha l'obbligo del referto deve farlo pervenire entro 48 ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al Pubblico Ministero o a qualsiasi Ufficiale di Polizia Giudiziaria del luogo in cui ha prestato*

*la propria opera, ovvero in loro mancanza, all'Ufficiale di Polizia Giudiziaria più vicino.*

*Il referto indica la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga ad identificarla, nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze del fatto, i mezzi con cui è stato commesso e gli effetti che ha causato e può causare. Se più persone hanno prestato la propria assistenza nella medesima occasione, sono tutte obbligate al referto con la facoltà di redigere e sottoscrivere un unico atto”.*

Il reato che configura l'omissione di referto è quello di pericolo nei confronti dell'amministrazione della giustizia. Difatti, sia il ritardo (oltre 48 ore) che l'omissione di referto possono pregiudicare l'interesse dello Stato a perseguire l'autore di un reato. Un referto mal compilato, equivale alla sua omissione.

Ritornando all'art. 365 C.P. e più specificamente ai casi in cui vige l'obbligo di referto, giova ricordare come i seguenti:

### **1. *Delitti contro la vita***

- omicidio volontario
- omicidio colposo
- omicidio preterintenzionale
- omicidio del consenziente
- morte o lesioni conseguenti ad altro delitto
- istigazione o aiuto al suicidio
- infanticidio in condizioni di abbandono materiale e morale.

### **2. *Delitti contro l'incolumità individuale***

- lesione personale dolosa che induca una malattia superiore ai 20 giorni ovvero quanto la durata della malattia sia inferiore ma sussistano le circostanze aggravanti specifiche della lesione personale
- lesione personale colposa grave o gravissima.

### **3. Delitti contro la libertà individuale**

- violenza privata
- incapacità procurata mediante violenza

### **4. Delitti contro l'incolumità pubblica**

- attività pericolose per la salute pubblica che espongono al pericolo di epidemie e intossicazione.

### **5. Delitti sessuali**

- violenza sessuale commessa dal genitore, dal tutore, dal pubblico ufficiale o da incaricato di pubblico servizio
- se la violenza sessuale sia connessa ad altro delitto perseguibile d'ufficio.

### **6. Interruzione illegale di gravidanza**

### **7. Delitti contro la famiglia**

- maltrattamenti in famiglia o verso i fanciulli
- abuso dei mezzi di correzione o disciplina

### **8. Delitti contro la pietà dei defunti**

- vilipendio di cadavere
- distruzione, soppressione o sottrazione di cadavere
- occultamento di cadavere
- uso illegittimo di cadavere.

L'obbligo del referto incombe su tutti i sanitari che hanno prestato la loro assistenza e dunque non solo sul medico ma anche sull'infermiere. Infatti, nel caso in cui più sanitari abbiano prestato la loro assistenza od opera nella medesima circostanza, sono *tutti* tenuti a presentare referto che può essere fatto con atti separati ovvero mediante atto unico da tutti sottoscritto.

Relativamente alla parte in cui l'art. 365 C.P. recita: “... *questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale ...*”.

Giova ricordare come l'intenzione del Legislatore risulti finalizzata ad anteporre il bene salute a quello di giustizia.

Ulteriori momenti di esenzione del referto sono previste dall'articolo 384 C.P., che prende in esame il caso i cui il referto possa recare pregiudizio alla libertà e all'onore del sanitario referente o ad un suo prossimo congiunto: “... *non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare se medesimo o un prossimo congiunto da un grave e inevitabile nocumento della libertà o nell'onore ...*”.

## **LA DENUNCIA DI REATO**

La **denuncia di reato o rapporto** è l'atto scritto con il quale un esercente una professione sanitaria che assuma la qualifica di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio denuncia all'autorità giudiziaria reati per i quali si debba procedere d'ufficio e di cui abbia avuto notizia nell'esercizio e a causa delle sue funzioni.

L'obbligo della denuncia deriva dalle disposizioni degli **artt 361 e 362 cp**: “*Il pubblico ufficiale e l'incaricato di pubblico servizio che omettono o ritardano di denunciare all'Autorità giudiziaria un reato di cui hanno avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni è punito con la multa fino a lire 1.000.000*”.

## **L'OBIEZIONE DI COSCIENZA**

In accordo con l'articolo 9 della Legge 194/78 il *medico ed operatore sanitario* hanno la possibilità di eccepire *obiezione di*



*coscienza* relativamente ad un certo tipo di intervento, previa *comunicazione al direttore sanitario* della relativa struttura ospedaliera e/o Casa di Cura.

Anche l'articolo 46 del codice deontologico medico e punto 2.5 di quello infermieristico considerano praticabile tale scelta.

Pertanto, **l'obiezione di coscienza** consente, sebbene in aree di interesse circoscritto, al medico di non sottostare a quegli obblighi di legge che risultano antitetici alla propria moralità, credo religioso ecc.

A titolo di esempio, giova riportare il caso di quel medico che si rifiuta di operare nell'ambito delle interruzioni di gravidanza; avendo ben presente – tuttavia – la circoscrizione di tale possibilità al solo atto operatorio e non alla richiesta assistenza sanitaria pre- e post operatoria.

La revoca dell'obiezione può aversi – in qualsiasi momento – sia sotto esplicita richiesta dell'operatore sia (nel caso di revoca d'Ufficio) per coloro i quali pur avendola sollevata partecipino a procedure finalizzate all'interruzione di gravidanza.

## **SEGRETO PROFESSIONALE**

**L'art. 622 c.p.**, recita: *“Chiunque avendo notizia per ragione del proprio stato o ufficio o, nella propria professione o arte, di un segreto, lo rivela, senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio od altrui profitto, è punito, se del fatto può derivare nocumento con*

*la reclusione fino ad un anno o con la multa da euro 30,98 ad euro 516,45. Il delitto è punibile a querela della persona offesa”.*

Con il termine “**segreto**” si intende tutto ciò che risulta precluso alla conoscenza altrui.

L’interpretazione del su indicato articolo consente di affermare che la punibilità dell’infrazione riconosce le seguenti condizioni:

- 1) deve trattarsi di cosa appresa per ragione della professione;
- 2) deve trattarsi di un segreto;
- 3) deve mancare una giusta causa che autorizzi la rivelazione;
- 4) dalla rivelazione deve poter derivare nocumento;
- 5) colui che è stato danneggiato deve presentare querela.

In alcuni casi, anziché di infrazione, si dovrà più opportunamente parlare di trasmissione del segreto, così come nel caso di assistenti, studenti, infermieri, ecc.

Giova ricordare come il decesso del soggetto passivo del reato, non esime il professionista sanitario dall’obbligo di mantenere il segreto.

La rivelazione di segreto professionale riconosce sia condotta “attiva” (es. trasmissione diretta) sia una condotta “passiva” (es. consentendo ad estranei l’accesso ai dati contenuti in Cartella Clinica).

L’illecita rivelazione del segreto professionale assume, pertanto, rilevanza penale.

Le **giuste cause di rivelazione**, opportunamente contemplate, risultano essere le seguenti:

- le denunce sanitarie obbligatorie;
- i certificati obbligatori;
- il referto, la denuncia giudiziaria, la perizia e la consulenza tecnica, l'ispezione corporale ordinata dal Giudice, gli arbitrati, le visite medico-legali di controllo presso una struttura sanitaria pubblica;
- il consenso dell'avente diritto (art. 50 c.p.);
- caso fortuito o forza maggiore (art. 45 c.p.);
- costrizione mediante violenza (art. 46 c.p.) od errore (art. 48 c.p.);
- stato di necessità (art. 54 c.p.);
- per difendere la propria reputazione da un'accusa ingiusta (art. 52 c.p.).

**La “giusta” causa di rivelazione** di segreto professionale, trova il proprio fondamento nella tutela superiore dell'interesse pubblico.

La rivelazione di segreto professionale, oltre che nel codice penale, risulta essere espressamente richiamata all'interno del Codice Deontologico dell'Infermiere nella parte in cui l'articolo 4.8 così recita: *“L'infermiere rispetta il segreto professionale non soltanto per obbligo giuridico ma, per intima convinzione e come risposta concreta alla fiducia che l'assistito ripone in lui”*.

Art. 45 c.p. *“Non è imputabile chi ha commesso il fatto per caso fortuito o forza maggiore”*.

Art. 46 c.p. *“Non è imputabile chi ha commesso il fatto per esservi stato da altri costretto, mediante violenza fisica alla quale non poteva resistere o comunque sottrarsi”*.

Art. 52 c.p. *“Non è imputabile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di difendere un diritto proprio od altrui contro il pericolo attuale di un’offesa ingiusta, sempre che la difesa sia proporzionale all’offesa”*.

