

# Attività clinica: colpa medica e responsabilità professionale

Michele Zagra, Stefania Zerbo, Antonina Argo, Luigi De Luca,  
Pierangela Fleres, Valentina Triolo

*Avere guai per colpa del destino non è la stessa cosa che averne per colpa propria*  
Quinto Orazio Flacco (Venosa, 65 a.C. – Roma, 8 a.C.)

## OBIETTIVI DEL CAPITOLO

- Definire le qualifiche giuridiche e identificare i profili professionali delle diverse figure sanitarie
- Affrontare le problematiche medico-legali relative alla responsabilità professionale in generale e nello specifico: i rischi e le responsabilità connesse alla terapia trasfusionale, i criteri identificativi nella ripartizione degli ambiti di responsabilità nel lavoro di équipe, gli aspetti propri dell'attività clinica in emergenza-urgenza
- Definire i reati connessi all'abuso sessuale, al maltrattamento dei minori e alla tutela dei soggetti fragili
- Descrivere le specifiche responsabilità connesse all'attività di certificazione e di informativa dei professionisti sanitari
- Fornire una *Scheda sinottica* di consultazione rapida

Nella sua definizione classica, per “clinica” si intende la *branca della medicina basata sull'osservazione diretta del malato*. Oggi è qualcosa di più, e il mondo sanitario deve tenerne il dovuto conto.

La gestione clinica del paziente consiste, infatti, in diverse fasi successive, a volte anche contemporanee, che si articolano nella classica visita medica con valutazione clinica, nell'eventuale stabilizzazione di condizioni critiche (alterazioni dei parametri vitali), nella richiesta ed esecuzione di procedure diagnostico-terapeutiche, nella riabilitazione, nel supporto psicologico al paziente e altro.

L'art. 32 della Costituzione sancisce il diritto alla salute e il medico se ne fa garante per i suoi assistiti, come è affermato dall'art. 3 del Codice deontologico: «*Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo*».

In conformità a tali enunciati e ad altre fonti normative, giurisprudenziali e del Codice deontologico, che regolano la professione sanitaria e i principi di responsabilità, si evince come l'attività del medico chirurgo, o meglio l'attività sanitaria in genere (frutto della compartecipazione e interazione di più figure professionali e/o specialistiche), possa comportare diversi illeciti sanzionabili in ambito penale, civile, amministrativo e anche deontologico.

Ciò assume particolare rilevanza in un momento in cui la scienza medica ha fatto notevoli progressi, in passato inimmaginabili, rendendo le attese del cittadino a volte difficili da soddisfare.

## QUALIFICHE GIURIDICHE DELLE DIVERSE FIGURE SANITARIE

**Michele Zagra, Stefania Zerbo**

Di fronte alla legge penale, i professionisti sanitari possono assumere diverse qualifiche giuridiche a cui corrispondono diverse e talora più severe sanzioni in caso di eventuale inosservanza dei doveri legali. A seconda delle circostanze, i professionisti sanitari ricoprono la qualifica di:

- pubblico ufficiale;
- incaricato di pubblico servizio;
- esercente un servizio di pubblica necessità.

Gli stessi, agli effetti della legge civile (art. 2229 c.c, comma 1)<sup>1</sup>, sono considerati esercenti una professione intellettuale.

La nozione di *pubblico ufficiale* è contemplata dall'art. 357 c.p.:

*«Agli effetti della legge penale, sono pubblici ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa. Agli stessi effetti è pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi».*

L'assunzione di tale qualifica da parte dei sanitari dipende, quindi, dalla natura di pubblica funzione<sup>2</sup> in attività ausiliarie a quelle giudiziarie e di tipo amministrativo che il loro esercizio professionale comporta. Le attività di tipo amministrativo sono configurabili come pubbliche se disciplinate da norme di diritto pubblico o da regolamenti determinati da vincoli gerarchici interni, nonché se espletate, anche temporaneamente, con esercizio di poteri deliberativi idonei a contribuire alla formazione e alla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione, ovvero tramite poteri autoritativi e certificativi.

Ai sensi del suddetto articolo sono pertanto da considerare pubblici ufficiali i medici investiti da pubbliche funzioni amministrative, impiegati dello Stato o che operano nell'ambito e per conto di una struttura pubblica (medici della Polizia di Stato, della Sanità Militare, del Ministero della Salute, dell'Università, delle ASL [aziende sanitarie locali], delle aziende ospedaliere o dell'ospedale privata accreditata, come per esempio: medici di Accettazione e Pronto soccorso, direttori di Strutture complesse o dirigenti che in loro assenza li sostituiscono svolgendone le funzioni).

Secondo l'art. 358 c.p. (*Nozione della persona incaricata di un pubblico servizio*):

*«Agli effetti della legge penale sono incaricati di un pubblico servizio coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio. Per pubblico servizio deve intendersi un'attività disciplinata*

<sup>1</sup>Art. 2229 c.c. (*Esercizio delle professioni intellettuali*): «La legge determina le professioni intellettuali per l'esercizio delle quali è necessaria l'iscrizione in appositi albi o elenchi [...]».

<sup>2</sup>La dizione di pubblica funzione si riferisce a quelle attività (legislativa, amministrativa o giudiziaria) cui sono collegati i poteri di autorità e di rappresentanza dello Stato.

*nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di quest'ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale».*

Si intende, quindi, per *pubblico servizio* un'attività che lo Stato, oppure un altro ente pubblico autorizzato, assolve avvalendosi di persone all'uopo incaricate al fine di soddisfare i bisogni della collettività. Sono pertanto compresi in questa categoria i medici che espletano attività di interesse collettivo, disciplinate dalla norma di diritto pubblico e da atti autoritativi, ma caratterizzate dall'assenza dei poteri tipici della pubblica funzione, e in particolare soprattutto di quelli di formazione e manifestazione della volontà della pubblica amministrazione. Ci si riferisce ai professionisti che svolgono attività ospedaliera o universitaria assistenziale e a quelli convenzionati con il Servizio sanitario nazionale (sempre che, ovviamente, non espletino, come già detto, pubbliche funzioni amministrative).

Acquistano invece la qualifica di *esercenti un servizio di pubblica necessità* ai sensi dell'art. 359 c.p. le «*persone che esercitano un servizio di pubblica necessità: i privati che esercitano professioni forensi o sanitarie, o altre professioni il cui esercizio sia per legge vietato senza una speciale abilitazione dello Stato, quando dell'opera di essi il pubblico sia per legge obbligato a valersi [...]».*

In pratica la differenza tra pubblico servizio e servizio di pubblica necessità consiste nel fatto che il primo è espletato dallo Stato, sia pure mediante persone appositamente incaricate, mentre il secondo è espletato da privati che hanno ottenuto dallo Stato una regolare abilitazione all'esercizio professionale.

Il medico, essendo compreso tra i privati il cui esercizio è vietato per legge in assenza di una speciale abilitazione dello Stato, e della cui opera il pubblico è obbligato a valersi per legge, può in alcune circostanze assumere la qualifica di esercente un servizio pubblica necessità.

Si segnala, inoltre, che il medico in alcuni casi (ai sensi dell'art. 57 c.p.p., ultimo comma) può assumere anche la funzione di *ufficiale di polizia giudiziaria*<sup>3</sup>.

Gli esercenti le nuove professioni sanitarie (infermiere, dietista, fisioterapista ecc.), alla stessa stregua di ogni altro professionista sanitario, proprio perché legittimati nella specifica attività dal conseguimento di un titolo di studio abilitante all'esercizio professionale, possono assumere, ai fini della legge penale, la qualificazione giuridica di persone incaricate di pubblico servizio (ai sensi dell'art. 358 c.p.) nell'ipotesi in cui espletino la propria attività alle dipendenze di una struttura ospedaliera pubblica o privata accreditata (Case di cura convenzionate con il Servizio sanitario nazionale – SNN), ovvero la veste di esercenti un servizio di pubblica necessità (in base all'art. 359 c.p.) nella fattispecie in cui operino nell'ambito di Case di cura private non convenzionate con l'SSN.

Non possono assumere invece, come avviene per i medici, la qualifica di *pubblico ufficiale* (come previsto dall'art 357 c.p.), in quanto non espletano attività caratterizzata da poteri autoritativi o certificativi.

L'importanza e l'esistenza delle predette qualificazioni giuridiche dipendono soprattutto dal fatto che la legge penale individua alcune ipotesi delittuose subordinandole strettamente alla figura giuridica del

<sup>3</sup>Sono da ritenere «*ufficiali di polizia giudiziaria*» (art. 57 c.p.p., ultimo comma) i medici sportivi (incaricati di espletare il controllo antidoping), i medici del lavoro (preposti alla tutela della salute dei lavoratori e alla salvaguardia degli ambienti di lavoro), gli igienisti ecc.

### BOX 3.1 ARTICOLI DEL CODICE PENALE RELATIVI A ILLECITI SANZIONABILI A UN PUBBLICO UFFICIALE O A UN INCARICATO DI PUBBLICO SERVIZIO

- Art. 314 c.p. – Peculato
- Art. 316 c.p. – Peculato mediante profitto dell'errore altrui
- Art. 317 c.p. – Concussione
- Art. 318 c.p. – Corruzione per un atto d'ufficio
- Art. 319 c.p. – Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio
- Art. 323 c.p. – Abuso di ufficio
- Art. 326 c.p. – Rivelazione e utilizzazione di segreti di ufficio
- Art. 328 c.p. – Rifiuto di atti d'ufficio - Omissione
- Art. 340 c.p. – Interruzione di un ufficio o servizio pubblico o di un servizio di pubblica necessità
- Art. 361 c.p. – Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale
- Art. 362 c.p. – Omessa denuncia da parte di un incaricato di pubblico servizio
- Art. 365 c.p. – Omissione di referto
- Art. 476 c.p. – Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici
- Art. 479 c.p. – Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici
- Art. 493 c.p. – Falsità commesse da pubblici impiegati incaricati di un servizio pubblico

soggetto attivo del reato, nonché dalle sanzioni più pesanti previste dalla norma penale per i comportamenti trasgressivi assunti da un pubblico ufficiale o da un incaricato di pubblico servizio, rispetto a quelle comminabili nei confronti del professionista esercente un servizio di pubblica necessità. Per esempio:

- il delitto di rifiuto/omissione di atti d'ufficio, per il medico, come per qualunque altro esercente la professione sanitaria, è ipotesi delittuosa prevista dal Codice penale solo se commessa dal professionista che riveste la qualifica di pubblico ufficiale o di incaricato di un pubblico servizio (il cosiddetto *reato esclusivo*);
- il delitto di falsità ideologica trova nelle disposizioni dello stesso Codice penale sanzioni più pesanti ove la falsità dovesse riguardare il professionista in veste di pubblico ufficiale anziché nella qualità di persona esercente un servizio di pubblica necessità.

Si rileva, pertanto, che la qualifica giuridica del medico, derivata dagli articoli sopra menzionati, lo pone in una particolare posizione riguardo alla sua responsabilità nei confronti della Pubblica Amministrazione, oltre alla specifica responsabilità professionale clinica-assistenziale.

I profili di responsabilità del medico, nella sua qualità di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, possono essere ricondotti a illeciti penali per violazione degli articoli del Codice penale riportati nel Box 3.1.

## PROFESSIONI SANITARIE OGGI: COMPETENZE, AUTONOMIA, RESPONSABILITÀ

**Antonina Argo, Michele Zagra**

L'attuale assetto delle professioni sanitarie, com'è noto, ha registrato un'epocale trasformazione dopo una lunga fase di sostanziale immobilità risalente al Testo unico delle leggi sanitarie degli anni Trenta. Il rinnovamento, iniziato negli anni Novanta e mosso dalla convergenza di differenti istanze riformatrici

di ordine sociale e sanitario<sup>4</sup>, è approdato alla riforma del percorso di formazione delle professioni sanitarie non mediche, con l'istituzione del titolo di Diploma Universitario<sup>5</sup> contestualmente all'abolizione delle Scuole dirette ai fini speciali e delle Scuole Regionali, per lo più fisicamente operative nei presidi ospedalieri, già sede di attuazione dei relativi titoli formativi delle professioni sanitarie non mediche.

La pubblicazione, nel 1994, dei primi Profili professionali (Infermiere, Ostetrica, Fisioterapista ecc.), con atto deliberativo dell'allora Ministro della Salute, individuando gli ambiti di competenza, scorporati dai mansionari, introduceva un nuovo modello di professione sanitaria, e di conseguenza un atto sanitario, non già di esclusiva pertinenza medica.

La legge 26 febbraio 1999, n. 42 (*Disposizioni in materia di professioni sanitarie*)<sup>6</sup> e la legge 10 agosto 2000, n. 251 (*Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*) hanno poi definitivamente sancito la riforma delle professioni sanitarie.

Di seguito si riportano i punti salienti delle leggi sopra citate, che hanno segnato la nuova definizione delle figure professionali non mediche, con particolare riferimento alle competenze, all'autonomia e ai relativi ambiti di responsabilità.

Il cambiamento registratosi nelle nuove prospettive professionali richiama, in modo strettamente interdipendente, i termini di attività e di responsabilità<sup>7</sup>. Le nuove figure di professione sanitaria, ai sensi della legge 42/99, possiedono uno specifico applicativo di esercizio professionale autonomo e distinto rispetto a tutte le altre professioni sanitarie, essendo ritenute in grado di effettuare, in forma autonoma, le attività specifiche che fanno parte del loro ambito di competenza, onde perseguire i compiti previsti dagli specifici obiettivi professionali<sup>8</sup>.

L'infermiere<sup>9</sup>, per esempio, nello svolgimento della sua attività, che può sinteticamente definirsi "perseguire un obiettivo di salute", è totalmente responsabile sul versante penale, civile e amministrativo degli atti di propria competenza, che devono essere effettuati con la dovuta perizia, cautela e diligenza, nel rispetto delle vigenti disposizioni derivate da norme legali e disciplinari. Oggi l'infermiere, un tempo considerato semplice esecutore, ha acquisito il pieno ruolo di professionista della salute. La sua attività è più ricca e complessa, e si fonda sulle conoscenze scientifiche, su originali ed elaborati modelli teorici di riferimento, su una precisa deontologia professionale, sulla responsabilità e, infine, sull'autonomia operativa rispetto ad altre figure che operano nel medesimo campo.

Ciò conduce a due immediate considerazioni: da una parte non sussiste più l'obbligo di "vigilanza" da parte del medico chirurgo sull'infermiere che esegue gli atti di propria competenza<sup>10</sup>, dall'altra parte

<sup>4</sup>Necessità di adeguamento ai *curricula* formativi dell'Unione Europea; riforma del sistema sanitario pubblico; differente domanda di salute, connotata da una maggiore richiesta di "qualità", da parte dell'utenza.

<sup>5</sup>Diploma di laurea triennale fino alla Laurea specialistica (D.M. 2 aprile 2001, in G.U., 5 giugno 2001, n. 128).

<sup>6</sup>All'art. 1 (*Definizione delle professioni sanitarie*) stabilisce che: «La denominazione "professione sanitaria ausiliaria" nel Testo unico delle leggi sanitarie, approvato con R.D. 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria"».

<sup>7</sup>Intesa come impegno di assunzione di responsabilità professionale nel suo più cogente significato di *attitudine a rispondere dei propri atti*.

<sup>8</sup>Per l'infermiere, per esempio, può trattarsi della "diagnosi infermieristica".

<sup>9</sup>Ai sensi dell'art. 1, D.M. 14 settembre 1994, n. 739, «l'infermiere è l'operatore sanitario in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica».

<sup>10</sup>In proposito è molto esemplificativo quanto previsto dal D.M. 14 settembre 1994, n. 739, art. 1, comma 3, punto d) (*Regolamento concernente l'individuazione della figura e del rispettivo profilo professionale dell'infermiere*), pubblicato in G.U. 9 gennaio 1995, n. 6, che attribuisce all'infermiere la funzione di «garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche».

si amplia per l'infermiere la portata del suo obbligo di vigilanza (da leggersi con riferimento agli artt. 1228 e 2232 c.c.), che prima era soltanto sfumato, nei confronti del personale sanitario "preposto" o a carattere "ausiliario" (OTA, operatore tecnico addetto all'assistenza).

Sorge, inoltre, un'altra necessaria riflessione sulla circostanza che non sono ancora ben definiti gli atti di "propria competenza" per ciò che attiene, per esempio (ai sensi dell'art. 2, D.M. 14 settembre 1994, n. 739), «l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa [...]».

Con il D.M. 14 settembre 1994, n.740 (*Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o*), pubblicato in G. U. n. 6 del 9 gennaio 1995, si delineano la figura e il profilo professionale dell'ostetrica/o. Tale D.M. prevede per questa figura sanitaria uno specifico applicativo di esercizio professionale, autonomo e distinto rispetto a tutte le altre professioni sanitarie (fatte salve le competenze della professione medica), che gode di piena autonomia, come poi affermato in termini espliciti nell'art. 1, legge 10 agosto 2000, n. 251:

*«[...] Gli operatori della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché degli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza».*

L'assistenza ostetrica si estende dalla fase iniziale della gravidanza fisiologica fino alla nascita del prodotto del concepimento ai sensi dell'art. 1, D.M. 740/1994, che individua la figura dell'ostetrica/o con il seguente profilo:

*«L'ostetrica/o è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato».*

L'intervento assistenziale, pertanto, comprende «le misure preventive, l'individuazione di anomalie nella madre o nel bambino, gli interventi necessari ad assicurare l'assistenza medica» e, in ottemperanza all'art. 1, comma 5, dello stesso D.M., l'esecuzione di provvedimenti d'urgenza in assenza del medico<sup>11</sup>.

Poste tali premesse, è sorto un vivace dibattito inerente alla responsabilità professionale, sotto il profilo dell'eventuale "invadenza" dell'ostetrica/o in atti di esclusiva pertinenza medica, che può concretarsi nel reato penale di "esercizio abusivo della professione medica" nella fattispecie in cui l'assistenza ostetrica sia rivolta a gravidanze "non fisiologiche", che richiedono l'intervento di specifiche competenze mediche, oppure nell'ipotesi in cui, avendo individuato condizioni potenzialmente rischiose (alterazione del tracciato cardiocografico), ometta di richiedere l'intervento del medico (per esempio, in caso di parto podalico). Di fatto, come ci ricorda il giurista Bilancetti, la qualificazione dell'*atto medico* è ancora irrisolta e piuttosto indefinita sotto il profilo normativo e dell'elaborazione dottrina. Il rischio, pertanto, di incorrere nel reato penale di "esercizio abusivo di professione medica", che sembrava ormai relitto "storico", si potrebbe ancora riproporre, lasciando sempre più frastornato il "nuovo" professionista.

Si riportano, infine, per completezza, gli artt. 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, che si riferiscono, rispettivamente, alle: professioni sanitarie riabilitative, professioni tecnico-sanitarie, professioni tecniche della prevenzione.

<sup>11</sup>D.M. 740/1994, art. 1, comma 5: «L'ostetrica/o è in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono intervento medico e di praticare, ove occorra, le relative misure di particolare emergenza».

Art. 2 (Professioni sanitarie riabilitative):

«Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione svolgono con titolarità e autonomia professionale, nei confronti dei singoli individui e della collettività, attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e a procedure di valutazione funzionale, al fine di espletare le competenze proprie previste dai relativi profili professionali [...]».

Art. 3 (Professioni tecnico-sanitarie):

«Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area tecnico-diagnostica e dell'area tecnico-assistenziale svolgono, con autonomia professionale, le procedure tecniche necessarie alla esecuzione di metodiche diagnostiche su materiali biologici o sulla persona, ovvero attività tecnico-assistenziale, in attuazione di quanto previsto nei regolamenti concernenti l'individuazione delle figure e dei relativi profili professionali definiti con decreto del Ministro della Sanità [...]».

Art. 4 (Professioni tecniche della prevenzione):

«Gli operatori delle professioni tecniche della prevenzione svolgono con autonomia tecnico-professionale attività di prevenzione, verifica e controllo in materia di igiene e sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro, di igiene degli alimenti e delle bevande, di igiene e sanità pubblica e veterinaria. Tali attività devono comunque svolgersi nell'ambito della responsabilità derivante dai profili professionali [...]».

## COLPA MEDICA

**Michele Zagra, Stefania Zerbo**

Il concetto tecnico-giuridico di “colpa medica”, mutuabile dal Codice penale (artt. 42<sup>12</sup> e 43<sup>13</sup>) e dal Codice civile (art. 2043<sup>14</sup>), può così tradursi:

«Chiunque per imperizia, imprudenza, negligenza<sup>15</sup> od inosservanza di norme (note e non cadute in disuso) nello svolgimento della professione medica cagiona ad altri lesioni, danni fisici o la morte soggiace a sanzioni restrittive della libertà personale, ad obblighi risarcitori ed a sanzioni disciplinari».

Secondo tale concetto la *colpa* si realizza pertanto quando il soggetto attivo (sanitario) commette un reato non perché ha la volontà di provocarlo ma perché non ha utilizzato la dovuta e richiesta diligenza.

<sup>12</sup>Art. 42 c.p.: «[...] Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come delitto, se non l'ha commesso con dolo, salvi i casi di delitto preterintenzionale o colposo espressamente preveduti dalla legge [...]».

<sup>13</sup>Art. 43 c.p.: «Il delitto [...] è colposo, o contro l'intenzione, quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per l'inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline».

<sup>14</sup>Art. 2043 c.c. (Risarcimento per fatto illecito): «Qualunque fatto doloso o colposo che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno».

<sup>15</sup>Imperita è la condotta che non si attiene alle conoscenze tecniche ordinarie. Imprudente è la condotta in cui si trasgrediscono le regole ordinarie che impongono di agire con cautela e di assumere le misure necessarie per non provocare danno. Negligente è la condotta che esprime disattenzione, trascuratezza, mancanza di sollecitudine.

Nell'attribuzione di colpa medica la sola dimostrazione dell'errore non è sufficiente, poiché occorre:

- dimostrare l'evitabilità e l'inescusabilità dell'errore;
- provare che un diverso comportamento professionale non avrebbe probabilmente arrecato danno.

In sintesi la struttura della colpa si compone di:

- un'azione cosciente e volontaria;
- un evento dannoso o pericoloso prevedibile ed evitabile tramite una condotta differente;
- un'imperizia, imprudenza, negligenza o inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline, tali da rendere l'errore inescusabile;
- un nesso di causalità<sup>16</sup> fra condotta (commisiva od omissiva)<sup>17</sup> ed evento dannoso.

La colpa medica si distingue in: colpa grave, colpa lieve e colpa lievissima.

- Per colpa medica *grave* si intende il compimento di un errore grossolano dovuto alla violazione delle regole fondamentali e alla mancata adozione degli strumenti e delle conoscenze che rientrano nel patrimonio comune di ogni medico.
- Per colpa medica *lieve* si intende una omissione di diligenza o una negligenza, con atteggiamento non conforme al caso concreto da trattare, che come conseguenza ha causato un danno nell'esecuzione dell'intervento operatorio oppure nel raggiungimento di una corretta diagnosi e/o nella prescrizione di un'adeguata terapia medica.
- Per colpa medica *lievissima* si intende quella colpa derivata da insufficiente diligenza, prudenza e perizia che ci si aspetta dalle persone superlativamente dotate di oculatezza e prudenza.

In sede civile il professionista risponde: per colpa lieve nelle ipotesi di negligenza e imprudenza, solo a titolo di colpa grave nelle ipotesi di imperizia. Secondo la Suprema Corte nella sentenza 22 febbraio 1988, n. 1847 «*il medico risponde anche per colpa lieve, ai sensi dell'art. 1176 c.c., ove di fronte ad un caso ordinario non abbia osservato, per l'inadeguatezza od incompletezza nella preparazione professionale, ovvero per omissione della media diligenza, quelle regole precise che siano acquisite per comune consenso e consolidata sperimentazione, alla scienza ed alla pratica e quindi costituiscono il corredo del professionista che si dedichi ad un determinato settore della medicina*».

<sup>16</sup>Art. 40 c.p. (*Rapporto di causalità*): «Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende la 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».

<sup>17</sup>Con riferimento al rapporto di causalità la Dottrina e la Giurisprudenza distinguono tra condotta colposa commisiva, in cui il nesso causale va provato con certezza, e condotta colposa omissiva, che postula pur sempre il ricorso a un giudizio probabilistico ex ante. Secondo gli orientamenti più recenti, per pervenire a una pronuncia di penale responsabilità del sanitario in ordine a illeciti penali colposi omissivi impropri non sarà più sufficiente una legge statistica che consente di accertare che il comportamento omissivo è stato, con una probabilità prossima alla certezza, causa dell'evento, ma sarà indispensabile che l'interprete, valutate tutte le risultanze probatorie, sia in grado di dichiarare che l'azione omissiva è stata condizione necessaria del risultato lesivo con "alto grado di credibilità razionale" o "probabilità logica". Sent. Cass. pen. Sez. IV, 9 marzo 2007, n. 10136 (*Reato – Rapporto di causalità – Equiparazione tra comportamenti commissivi ed omissivi – Probabilità logica – Principio della certezza processuale*): «In tema di responsabilità medica, premessa l'equiparazione, nello "statuto della causalità", tra comportamenti commissivi ed omissivi, e ribadito l'accoglimento della tesi della "certezza" processuale e non di quella della "certezza assoluta" prossima a cento, deve affermarsi che il rapporto di causalità tra una condotta (commisiva od omissiva) ed un determinato evento è configurabile non solo quando, secondo un giudizio di alta probabilità logica, l'evento stesso non avrebbe avuto luogo se il comportamento considerato non fosse stato tenuto, ma anche nei casi in cui risulti, con elevato grado di credibilità razionale, che detto evento si sarebbe realizzato in epoca significativamente posteriore, o con minore intensità lesiva».



In sede penale, benché non si faccia distinzione circa il grado della colpa<sup>18</sup>, è stato tuttavia espressamente utilizzato il principio fissato nell'art. 2236 c.c.<sup>19</sup>, secondo cui, per le prestazioni che implicano la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera risponde dei danni in caso di dolo o colpa grave. Non essendo, infatti, la medicina una scienza esatta e dovendosi l'attività del medico confrontare costantemente con una *realtà dinamica*, l'errore professionale non può che considerarsi un elemento inalienabile di qualunque specialità medica. Talora l'errore può infatti derivare da quei difetti di conoscenza propri di ogni campo del sapere, a causa dei quali il medico può trovarsi di fronte a diverse scelte imprecise e insicure che, qualora non permettano il raggiungimento del risultato sperato, si pongono alla base del cosiddetto *errore scientifico (error scientiae)*, di cui il medico non può essere ritenuto responsabile. Da ciò deriva pertanto che, in sede penale, il medico risponde solo quando l'errore è inexcusabile ed è scaturito dalla mancata applicazione di quelle che si considerano cognizioni generali e fondamentali della professione medica, dal difetto di quel minimo di abilità e perizia tecnica (nell'uso dei mezzi manuali o strumentali) che ogni professionista deve sapere impiegare correttamente, dalla mancanza di quella prudenza o diligenza necessaria che non deve mai difettare nell'esercizio della professione sanitaria. È da tenere tuttavia nella dovuta considerazione l'eventualità in cui il medico svolga la propria attività senza la dovuta accortezza. In tale circostanza egli risponde anche per colpa lieve, giacché il suo operato esula da ogni comportamento standard. Si precisa a tal proposito che mentre le sentenze degli anni Ottanta individuavano la diligenza del medico come quella media del buon padre di famiglia (Cass., 22 febbraio 1988, n. 1847), oggi il regime applicato è quello della diligenza specifica richiesta all'esercizio della professione sanitaria, rendendo più doveroso e puntuale l'atto medico.

## RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

**Michele Zagra, Stefania Zerbo, Antonina Argo, Luigi De Luca**

Il termine *responsabilità* deriva dal latino *respondere* e in diritto corrisponde alla situazione secondo cui un soggetto giuridico è tenuto a rispondere della violazione di un obbligo o comunque di un atto illecito. La responsabilità giuridica (distinguibile in responsabilità civile, penale, amministrativa, contabile, disciplinare) consiste pertanto nell'obbligo o nelle obbligazioni che si riconnettono per il compimento di atti da parte di singoli cittadini, enti, pubbliche amministrazioni: ogni soggetto giuridico è giuridicamente responsabile.

La responsabilità professionale, in particolare, si configura nell'attitudine a rispondere del proprio operato professionale in caso di errore, commissivo o omissivo, davanti a un giudice che, da soggetto terzo, lo valuta a posteriori.

Tornando al concetto di responsabilità intesa come violazione di un obbligo, è importante chiarire immediatamente che le obbligazioni inerenti all'esercizio della professione sanitaria sono di comportamento e non di risultato, nel senso in cui il professionista, assumendo l'incarico, si impegna a prestare la propria

<sup>18</sup>In considerazione del fatto che l'esercizio della medicina, a differenza di molte altre professioni, comporta innumerevoli incertezze scientifiche, dubbi diagnostici, insufficienze dei mezzi curativi, e si scontra inoltre frequentemente con eventuali rischi e complicanze imprevedibili che aumentano con le difficoltà tecniche.

<sup>19</sup>Art. 2236 c.c. (*Responsabilità del prestatore di 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».

opera intellettuale e scientifica per raggiungere il risultato sperato, ma non per conseguirlo. Ne consegue che l'inadempimento del sanitario è costituito non già dall'esito sfortunato della terapia e, quindi, dal mancato conseguimento della guarigione del paziente, ma dalla violazione dei doveri inerenti allo svolgimento dell'attività professionale secondo *leges artis*. Più precisamente, l'obbligazione assunta dal medico nei confronti del proprio cliente è di regola, tranne talune eccezioni (chirurgia estetica, anestesia, aborto, protesi sostitutive, esami di laboratorio, diagnosi istopatologica, trasfusione di sangue ecc.)<sup>20</sup>, identica a quella di ogni altro professionista intellettuale, ossia un'obbligazione di mezzi, non di risultato.

Fatta la dovuta premessa di carattere generale sul concetto di responsabilità giuridica, e più specificamente di quella connessa all'attività sanitaria, appare abbastanza evidente come nell'esercizio professionale sia possibile incorrere in eventi che comportano responsabilità penale, civile e disciplinare: per inosservanza di obblighi o violazione di divieti imposti dalle leggi e dai regolamenti che disciplinano l'esercizio delle professioni sanitarie; per trasgressione di doveri d'ufficio o di servizio inerenti al rapporto di impiego subordinato a enti pubblici o privati; per inadempimento di obbligazioni nascenti dal contratto di prestazione d'opera nei confronti del cliente/paziente; per errata applicazione delle regole diagnostiche e terapeutiche da cui derivi un danno (lesione personale o morte).

## Responsabilità penale

È abbastanza noto che i reati maggiormente contestati agli operatori sanitari sono quelli colposi di lesioni o, come avviene nei casi più gravi, di omicidio. Il reato si realizza quando il sanitario, per negligenza, imprudenza o imperizia (colpa generica) ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline (colpa specifica), cagiona, senza volerlo, una lesione personale o la morte del paziente. Questa forma di responsabilità tipica dell'attività clinica, oggi nota con il termine di *malpractice* (termine spesso abusato dalla stampa e dall'opinione pubblica), evidentemente non rappresenta l'unico ambito della responsabilità penale cui può incorrere un esercente la professione sanitaria che agisce nelle sue funzioni. La responsabilità penale, che è sempre personale come sancito dall'art. 27 della Costituzione italiana, in ambito sanitario può infatti scaturire anche dalla violazione dei doveri professionali che il codice penale prevede come reato o dall'inadempimento di disposizioni contenute nel Testo unico leggi sanitarie (TULS) ovvero in altre leggi, quali le norme in materia di sostanze stupefacenti, di vivisezione o di interruzione volontaria di gravidanza. Costituiscono infatti reato penale per il sanitario, con particolare rilevanza nel caso in cui rivesta la figura giuridica di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, il falso ideologico o materiale (artt. 476, 477, 479, 480, 481, 485 e 493 c.p.), l'abbandono di persona incapace, l'omissione di soccorso (art. 593 c.p.), l'interruzione di un ufficio o servizio pubblico o di un servizio di pubblica necessità (art. 340 c.p.), l'omissione di atti d'ufficio (art. 328 c.p.), l'abuso d'ufficio (art. 323 c.p.), l'omissione di referto e di denuncia (artt. 361, 362 e 365 c.p.), la rivelazione e utilizzazione di segreti di ufficio (art. 326 c.p.), i reati connessi all'omessa o viziata acquisizione del consenso informato e quelli attinenti al diritto di tutela dei dati personali. Questi reati sono trattati nei paragrafi specifici cui si rimanda per eventuale approfondimento. È evidente, infine, che il sanitario, come qualunque cittadino o professionista (in generale), può delinquere in altri ambiti e commettere reati come: omicidio doloso o preterintenzionale, corruzione per un atto d'ufficio (art. 318 c.p.), peculato (art. 314 c.p.), peculato mediante profitto dell'errore altrui (art. 316 c.p.), concussione (art. 316 c.p.), corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio (art. 319 c.p.) e altri.

---

<sup>20</sup>Trattasi di attività sanitarie in cui la dottrina ha ravvisato un'obbligazione di risultato.

Nel Capitolo 1 si è ampiamente trattato dei reati, della loro classificazione sulla base dell'atteggiamento psicologico del soggetto agente, sul nesso di causalità e sulle condotte di tipo commissivo e omissivo. Nel paragrafo *Colpa medica* sono stati affrontati gli aspetti salienti relativamente alla colpa medica, alla modalità di attribuzione e alla sua distinzione in lievissima, lieve e grave. In questo paragrafo si accennerà soltanto ai criteri di accertamento della colpa generica (negligenza, imprudenza o imperizia) allo scopo di rendere più facile e rapida la fruizione del contesto. Si tratta del criterio della regola tecnica, del criterio della media preparazione, del criterio della relatività soggettiva e del criterio della relatività oggettiva.

- Mediante il *criterio della regola tecnica* si analizza la correttezza dell'atto medico eseguito e si valuta di quanto la prestazione professionale si è discostata, senza un logico motivo, dalle direttive teoriche e pratiche scientificamente collaudate (*iter* diagnostico, somministrazione di farmaci, tecnica chirurgica ecc.).
- Utilizzando il *criterio della media preparazione* si individua ciò che avrebbe mediamente fatto qualunque medico, in quella determinata circostanza, per quel paziente. L'errore del singolo è pertanto giudicato con il metro della preparazione media di ogni medico e si considera:
  - imperito, chi non conosce ciò che dovrebbe costituire il sapere comune della professione;
  - negligente, chi trascura quelle regole che tutti gli altri medici osservano nella stessa circostanza;
  - imprudente, non colui che usa metodi anche rischiosi, ma chi li usa senza le dovute cautele o senza una reale necessità.
- Il *criterio delle circostanze soggettive*, a differenza dei criteri precedenti, tiene invece conto di circostanze specifiche come l'età, la qualificazione professionale, l'esperienza, la posizione professionale, il grado di intelligenza e di preparazione, lo stato psichico del medico al momento del fatto. In conformità a tale criterio, nessuno può pretendere, per esempio, da un neolaureato o da un medico generico ciò che ci si aspetta invece da un medico specialista in una determinata branca o che sia di navigata esperienza. La responsabilità da imperizia grava infatti maggiormente sul medico specialista anziché sul medico generico quando l'errore verte su un trattamento diagnostico o terapeutico che richiede competenze specialistiche, mentre quella da imprudenza è più facilmente imputabile a un medico generico nel caso in cui si sia avventurato in tecniche complicate e rischiose non possedendo, per sua formazione, le necessarie competenze. La responsabilità da negligenza grava su qualunque medico in uguale misura, non essendo la negligenza scusabile indipendentemente dalla specifica formazione e dalle competenze acquisite.
- Il *criterio delle circostanze oggettive* si riferisce, infine, alla variabilità di condizioni che possono intercorrere fra diversi casi clinici (per esempio, particolari circostanze di tempo e di luogo o alcune modalità proprie di un determinato intervento professionale). In emergenza, per esempio, è più facile sbagliare di fronte a un caso clinico particolarmente raro o anomalo, quando i tempi per intervenire sono ridotti ed è difficile scegliere tra diverse opzioni decisionali, oppure si opera in centri scarsamente attrezzati, con collaboratori non all'altezza e in condizioni di particolare sovraffollamento.

Gli stessi criteri sopra riportati ai fini dell'accertamento della colpa nell'atto medico sono applicabili, per analogia, a tutte le figure sanitarie.

## Responsabilità civile

La responsabilità civile è una responsabilità di tipo patrimoniale, e in ambito sanitario sorge dai rapporti di diritto privato che il medico esercente contrae con il proprio cliente.

Si distinguono due differenti forme di responsabilità civile definite, rispettivamente, *contrattuale* ed *extracontrattuale*, cui corrispondono specifiche connotazioni giuridiche con diversi tempi di prescrizione e diversi regimi della ripartizione dell'onere della prova.

- Si definisce responsabilità civile di tipo contrattuale quella che deriva dall'inadempimento, dall'inesatto adempimento e dall'adempimento tardivo di una preesistente obbligazione quale che ne sia la fonte (escluso il fatto illecito). L'onere della prova è a carico del prestatore d'opera. La prescrizione è dieci anni.
- La responsabilità civile di tipo extracontrattuale (detta anche "aquiliana")<sup>21</sup> deriva invece dalla violazione del generico obbligo di non ledere alcuno<sup>22</sup>, in assenza di un preesistente rapporto obbligatorio (nel qual caso si configurerebbe responsabilità "contrattuale"), sulla sola base del dovere generico indicato dalla dottrina con il brocardo latino *neminem laedere*. L'onere della prova è a carico del danneggiato, che deve dimostrare, oltre all'esistenza del danno e del rapporto di causalità, anche la colpa del medico. La prescrizione è cinque anni.

In ambito sanitario si realizza un rapporto contrattuale quando un paziente richiede una prestazione a un determinato medico o a un ente, che accetta di fornirla. Appare evidente che il rapporto che si instaura tra il paziente e il libero professionista è sempre di tipo contrattuale. Potrebbe invece sorgere qualche dubbio sul tipo di rapporto che si instaura quando una prestazione è fornita in via occasionale, in virtù di un turno di lavoro o in situazioni di urgenza. Tale dubbio è stato sufficientemente superato da varie sentenze della Cassazione (Cass., 1999, n. 589; Cass., 2004, n. 1488; Cass., 2004, n. 19564; Cass., 2006, n. 9085; Cass., 2008, n. 577) che hanno chiarito come l'obbligazione del medico dipendente dal Servizio sanitario nazionale ai fini della responsabilità professionale nei confronti del paziente abbia sempre natura contrattuale. Ciò trova la sua motivazione nell'assunto che il tipo di rapporto, pur non essendo fondato sul contratto, si instaura per il semplice "contatto sociale" che, come tale, assume natura contrattuale. Ne consegue che su tale responsabilità i regimi della ripartizione dell'onere della prova, del grado della colpa e della prescrizione sono quelli tipici delle obbligazioni da contratto d'opera intellettuale professionale. Questo, unito al fatto che l'obbligazione professionale del medico (tranne i casi particolari sopra menzionati) consiste in un'obbligazione di mezzi, comporta che: il paziente, per ottenere il risarcimento di un danno subito, deve solo provare che è stato destinatario della prestazione e che da questa è stato danneggiato (aggravamento della situazione patologica o insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento sanitario); il medico, per evitare la condanna, deve dimostrare di avere correttamente adempiuto i propri obblighi. Resta, in pratica, a carico del sanitario o dell'ente ospedaliero la prova che la prestazione professionale è stata eseguita in modo diligente e che gli esiti peggiorativi sono stati determinati da eventi imprevisi e imprevedibili.

La distinzione tra prestazione di facile esecuzione e prestazione implicante la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà non è più rilevante, come nella precedente giurisprudenza, quale criterio di distribuzione dell'onere della prova, ma sarà apprezzata per la valutazione del grado di diligenza e del corrispondente grado di colpa, restando in ogni modo a carico del sanitario la prova che la prestazione era di particolare difficoltà.

<sup>21</sup>Dal nome della prima legge che disciplinò la responsabilità *ex delicto*. Ha la sua origine in un plebiscito romano del III secolo a.C., denominato *Lex Aquilia de danno* (detta Aquilia perché promossa dal tribuno C. Aquilius). La Lex Aquilia ha introdotto nel diritto romano il principio secondo cui la lesione di un diritto soggettivo assoluto o di una posizione giuridica soggettiva tutelata dall'ordinamento, obbliga l'autore della lesione a risarcire i danni patrimoniali e non patrimoniali.

<sup>22</sup>La norma fondamentale cui fa riferimento è l'art. 2043 c.c., in base al quale «*qualunque fatto doloso o colposo che cagiona ad altri un danno ingiusto obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno*».

## **Responsabilità amministrativa, disciplinare, deontologica e morale**

Nei paragrafi precedenti sono stati affrontati gli importanti aspetti della responsabilità professionale nei casi in cui dall'attività sanitaria siano insorti contenziosi giudicati dalla giustizia penale (responsabilità penale) o civile (responsabilità civile). Nei prossimi paragrafi si tratteranno i non meno importanti altri ambiti di responsabilità che possono interessare un sanitario nell'esercizio della propria professione, e che si identificano come: responsabilità amministrativa, responsabilità disciplinare, responsabilità deontologica e responsabilità morale.

### ***Responsabilità amministrativa***

La responsabilità amministrativa costituisce un tipo di responsabilità patrimoniale che si concreta in capo a un dipendente della pubblica amministrazione colpevole di danno alle casse erariali. Tale danno può realizzarsi o perché il dipendente ha danneggiato direttamente lo Stato o perché ha costretto lo Stato a risarcire un altro cittadino a causa di un errore. La Costituzione italiana prevede che in caso di danno provocato da un dipendente pubblico sia lo Stato a risarcire il cittadino danneggiato, stabilendo, infatti, con l'art. 28 che:

*«I funzionari e i dipendenti dello Stato e degli enti pubblici sono direttamente responsabili, secondo le leggi penali, civili e amministrative, degli atti compiuti in violazione di diritti. In tali casi la responsabilità civile si estende allo Stato e agli enti pubblici».*

Lo Stato può però, in seguito, rivalersi sul dipendente. Nel caso della responsabilità amministrativa i giudici, tuttavia, hanno limitato la responsabilità ai soli casi di dolo (intenzione di causare un danno allo Stato) o di colpa grave (vale a dire una negligenza grave, anzi gravissima). Pertanto, un dipendente pubblico che causa un danno erariale (danno alle casse dello Stato), ma che lo fa con una negligenza minima, non incorre nella responsabilità amministrativa.

### ***Responsabilità disciplinare e deontologica***

Per quanto attiene alla responsabilità disciplinare è importante distinguere: la *responsabilità amministrativo-disciplinare*, propria dei professionisti dipendenti, dalla *responsabilità ordinistico-disciplinare (deontologica)*, che riguarda tutti i professionisti.

#### **Responsabilità amministrativo-disciplinare**

Questa fattispecie di responsabilità scaturisce dalle violazioni, da parte dei lavoratori, dei doveri disciplinati dal contratto di lavoro del comparto sanità. Tali violazioni danno luogo all'applicazione di sanzioni disciplinari che, secondo il grado di infrazione e previo procedimento disciplinare, sono: il rimprovero verbale, il rimprovero scritto o censura, la multa con importo non superiore a 4 ore di retribuzione, la sospensione dal servizio con privazione della retribuzione fino a un massimo di 10 giorni, il licenziamento con preavviso, il licenziamento senza preavviso. Per i dettagli si veda la Tabella 3.1.

#### **Responsabilità ordinistico-disciplinare (deontologica)**

Il professionista sanitario deve agire rispettando le norme interne di autoregolazione stabilite dal proprio Codice deontologico. La responsabilità che deriva dalla trasgressione di queste norme riguarda tutti i professionisti iscritti a un Albo professionale, siano essi liberi professionisti o dipendenti da un'Amministrazione pubblica o privata. La sanzione è applicata dal Consiglio dell'ordine provinciale di iscrizione

**Tabella 3.1** Sanzioni disciplinari

Tipo di sanzione	Violazione per cui viene applicata la sanzione
<p><b>Rimprovero verbale:</b> è una sanzione disciplinare che risulta inserita nel fascicolo personale del dipendente</p> <p><b>Rimprovero scritto o censura:</b> consiste in un atto di biasimo scritto</p> <p><b>Multa con importo non superiore a 4 ore di retribuzione:</b> si tratta di una sanzione introdotta da poco, il cui importo è introitato dal bilancio dell'azienda o ente e destinato ad attività sociali a favore dei dipendenti</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inosservanza delle disposizioni di servizio</li> <li>• Condotta non conforme ai principi di correttezza</li> <li>• Negligenza nell'esecuzione dei compiti assegnati</li> <li>• Insufficiente rendimento</li> </ul>
<p><b>Sospensione del servizio con privazione della retribuzione fino a un massimo di 10 giorni</b></p> <p><b>Licenziamento con preavviso:</b> si applica quando il lavoratore compie atti tali "da non consentire la prosecuzione del rapporto di lavoro"</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assenza ingiustificata dal servizio fino a 10 giorni o arbitrario abbandono dello stesso</li> <li>• Ingiustificato ritardo, non superiore a 10 giorni, a trasferirsi nella sede assegnata</li> <li>• Svolgimento di attività che ritardino il recupero psicofisico durante lo stato di malattia o infortunio</li> <li>• Comportamenti minacciosi</li> <li>• Atti, comportamenti o molestie, anche di carattere sessuale, lesivi della dignità della persona</li> <li>• Assenza ingiustificata e arbitraria dal servizio per un periodo superiore a 10 giorni consecutivi lavorativi</li> <li>• Persistente rendimento insufficiente ovvero fatti che dimostrano grave incapacità ad adempiere agli obblighi di servizio</li> </ul>
<p><b>Licenziamento senza preavviso:</b> si applica quando il lavoratore compie atti tali "da non consentire la prosecuzione neanche provvisoria del rapporto di lavoro"</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accertamento che l'impiego fu conseguito mediante la produzione di documenti falsi e, comunque, con mezzi fraudolenti</li> <li>• Condanna penale passata in giudicato</li> <li>• Gravi delitti commessi in servizio</li> </ul>

del medico<sup>23</sup> o dal Collegio professionale<sup>24</sup> e può articolarsi in diversi gradi: avvertimento, richiamo, censura, sospensione dall'Albo, radiazione<sup>25</sup>. Il procedimento può essere promosso d'ufficio dall'Ordine o dal Collegio di competenza del sanitario iscritto, oppure su richiesta del Prefetto o del Procuratore della Repubblica, in seguito a condanne penali di rilievo o per la comminazione di misure di sicurezza. A ogni modo, in tema di responsabilità deontologica è importante considerare che un'eventuale assoluzione in

<sup>23</sup>Art. 2 Codice di deontologia medica (*Potestà e sanzioni disciplinari*): «L'inosservanza dei precetti, degli obblighi e dei divieti fissati dal presente Codice di Deontologia Medica e ogni azione od omissione, comunque disdicevoli al decoro o al corretto esercizio della professione, sono punibili dalle Commissioni disciplinari con le sanzioni previste dalla legge».

<sup>24</sup>Professionisti sanitari non medici.

<sup>25</sup>Questa sanzione è particolarmente grave, in quanto pregiudica la possibilità di esercitare la professione ed è pronunciata contro l'iscritto che con la sua condotta abbia compromesso gravemente la sua reputazione e la dignità della classe sanitaria. Comportano, inoltre, la radiazione di diritto dall'Albo l'aver subito condanna penale per tutta una serie di reati e altri motivi, tra i quali: l'interdizione dai pubblici uffici, perpetua o di durata superiore ai 3 anni, l'interdizione dalla professione per uguale durata e il ricovero in manicomio giudiziario.

un processo penale o una sentenza di non risarcibilità di un danno non garantisce dalle possibili ricadute in merito a ipotesi di violazione del Codice deontologico.

### Responsabilità morale

La responsabilità cui è sottoposto un professionista sanitario nell'esercizio della propria attività sanitaria non può esaurirsi nell'arida prestazione d'opera e nell'osservanza rigorosa della scienza, delle norme legislative e deontologiche, ma deve anche essere improntata al rispetto dei principi morali universali ispirati dalla solidarietà umana, al rispetto della vita, della persona e al sollievo dalla sofferenza.

Per un approfondimento sull'argomento si rimanda al Capitolo 7.

---

## PROFESSIONISTI SANITARI E LORO RESPONSABILITÀ AUTONOMA E IN ÉQUIPE

Antonina Argo, Pierangela Fleres, Michele Zagra

L'attività medico-chirurgica svolta in *équipe* comporta la cooperazione di più medici e sanitari per il raggiungimento di un obiettivo comune, che può consistere nella diagnosi di una malattia o nel suo trattamento.

Per quanto evincibile dalle numerose sentenze di merito, la Cassazione impiega l'espressione "attività medico-chirurgica in *équipe*" sia quando i trattamenti terapeutici su un paziente sono svolti contestualmente da un gruppo di sanitari e di ausiliari (vedi oltre) sia quando l'*iter* terapeutico si snoda in tappe e in tempi diversi, richiedendo l'avvicendamento e la partecipazione di diversi specialisti del settore.

Quando a una qualsivoglia attività medico-chirurgica svolta in *équipe* consegue un evento dannoso o pericoloso in capo al paziente, è necessario stabilire a chi è attribuibile la responsabilità. Talora questo può risultare alquanto difficile. Su questo punto, negli anni la giurisprudenza ha cercato di stabilire se ogni membro dell'*équipe*, oltre a doversi attenere al rispetto delle *leges artis* tipiche della propria sfera di preparazione, specializzazione e azione, debba anche vigilare sull'operato altrui e, pertanto, se debba ritenersi eventualmente responsabile di eventi lesivi derivati dalla condotta colposa posta in essere da un altro componente dell'*équipe*. Secondo la prevalente dottrina, quando la condotta posta in essere dal singolo sanitario interagisce con quella di altri soggetti, come nel caso dell'attività in *équipe*, la concreta regola di diligenza a cui attenersi dovrà fare riferimento al cosiddetto *principio dell'affidamento*.

In conformità a tale principio, ciascun membro non è tenuto a vigilare sull'operato altrui, presagendo a priori la violazione di regole di condotta, ma deve fare affidamento sul fatto che gli altri soggetti agiscano nell'osservanza delle regole di diligenza su di loro incumbenti.

Tenendo conto della crescente qualificazione e specializzazione che, negli anni, si è realizzata in campo medico, la dottrina ha esonerato il singolo sanitario, operante in *équipe*, dal vincolo di contrastare la condotta colposa degli altri membri, consentendogli di concentrare le sue risorse esclusivamente sull'espletamento delle mansioni di sua competenza.

Il principio dell'affidamento è, però, modulato in funzione dei rapporti e delle eventuali gerarchie esistenti tra i membri di un'*équipe*.

Nel caso in cui i sanitari dell'*équipe* ricoprano un'uguale posizione gerarchica e abbiano una diversa qualificazione specialistica, si avrà la cosiddetta *partecipazione paritaria*; quando invece, per finalità organizzative e terapeutiche, è identificabile un capo *équipe*, allora si parlerà di *rapporto gerarchico*.

Nella *partecipazione paritaria in équipe*, ciascun sanitario, specialista in una determinata disciplina, adempie la propria funzione in piena autonomia e nel rispetto delle *leges artis* tipiche del proprio settore di intervento, cooperando con gli altri sanitari per il conseguimento della tutela del paziente.

Secondo alcune recenti sentenze, però, in forza dell'obbligo di garanzia nei confronti del paziente, ciascun membro dell'équipe è tenuto a vigilare sul comportamento altrui, a identificare eventuali errori evidenti e non settoriali, rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle conoscenze scientifiche del *professionista medio*, e a porvi rimedio.

Nella partecipazione paritaria in équipe opera, pertanto, il cosiddetto *principio dell'affidamento temperato*. La responsabilità di ciascun membro per il mancato o l'inesatto controllo sull'opera altrui si configurerà soltanto quando il comportamento colposo del compartecipe derivi dalla mancata osservanza delle *leges artis* generiche, e non specialistiche, pertinenti anche alle conoscenze professionali di ciascun medico in quanto tale e rese evidenziabili dalle concrete circostanze del caso<sup>26</sup>.

Nell'ambito dell'attività svolta in équipe, spesso la dottrina si è occupata di verificare se in capo al sanitario allontanatosi prima della conclusione dell'intervento sia riconoscibile una certa responsabilità per l'evento lesivo cagionato dall'errore commesso da un altro membro dell'équipe durante la sua assenza. Un parametro valutativo teorico per quest'evenienza si evince da una recente sentenza della Suprema Corte<sup>27</sup>, secondo la quale:

*«l'anticipato scioglimento dell'équipe chirurgica per cause giustificate o dalla semplicità delle residue attività da compiere o dalla impellente necessità di uno dei componenti dell'équipe di prestare la propria opera professionale per la cura indilazionabile di altro o altri pazienti [...] ben può esonerare da responsabilità colposa il medico allontanatosi, che non era quindi presente nel momento in cui è stata omessa la dovuta diligenza o è stato eseguito un maldestro intervento»<sup>28</sup>.*

Nel caso in cui tra i medici e gli altri professionisti sanitari, concorrenti al trattamento terapeutico di gruppo, intercorrano rapporti di tipo gerarchico, il soggetto che ricopre la posizione di vertice non può, in genere, invocare il principio dell'affidamento. Il capo équipe, infatti, avendo la direzione e il potere di coordinamento dell'attività medica, oltre a dover attuare con cura, diligenza e perizia le funzioni specifiche a lui spettanti, deve altresì coordinare l'attività dei propri collaboratori e verificarne la correttezza nell'esecuzione. Il dovere di vigilanza non dovrebbe, però, essere inteso come una sorveglianza continua e costante dell'opera altrui durante l'intero *iter* operatorio giacché ciò, sul piano pratico, ostacolerebbe la divisione delle mansioni e del lavoro.

In merito ai rapporti gerarchici all'interno delle unità operative complesse, come previsto dall'art. 15 del D.Lgs. 502/92 (modificato dal D.Lgs. 223/99), il dirigente *con incarico di direzione di struttura*

<sup>26</sup>Un esempio di tale orientamento giurisprudenziale si ha dalla recente Sentenza Raso, in cui la Corte di Cassazione ha riconosciuto la responsabilità in concorso del primario di ginecologia e ostetricia, dei due medici della stessa divisione e dell'anestesista per aver cagionato la morte di una partoriente e del neonato. Nello specifico, la paziente, giunta in sala operatoria per subire il taglio cesareo, veniva sottoposta a due vani tentativi di intubazione dall'anestesista. Tale sanitario, anziché procedere a un'anestesia locale, insistendo nella procedura di intubazione, provocava un edema polmonare letale nella paziente. Secondo la Corte di merito, i ginecologi presenti in sala operatoria, resisi conto dell'evidente errore dello specialista, avrebbero dovuto porvi rimedio estraendo rapidamente il feto (Cass. Sez IV, 11 ottobre 2007, Raso, in C.E.D. Cass., n. 237891).

<sup>27</sup>Cass. Sez. IV, 6 aprile 2005, Malinconico, in Cass. pen., 2006, n. 2838.

<sup>28</sup>Sostanzialmente, quando l'intervento è stato concluso o sta per essere concluso e appare ben riuscito, il medico che ha esaurito le sue mansioni può allontanarsi dalla sala operatoria quando: l'attività medica residua è semplice e tipicamente routinaria; non vi sono concreti elementi evidenti che facciano prevedere che qualche altro membro incorra in un errore non settoriale; è chiamato a prestare assistenza indifferibile ad altri pazienti; non ricopre il ruolo di capo équipe.



*complessa*<sup>29</sup>, dovendo svolgere, oltre alle funzioni derivanti dalle proprie specifiche competenze professionali, anche funzioni di direzione, organizzazione e gestione, ricopre sempre un ruolo apicale rispetto ai restanti dirigenti subalterni, e come tale riveste anche una funzione di garanzia nei confronti dei pazienti, con assunzione di responsabilità per gli eventi lesivi, determinati dalle condotte dei membri del suo reparto. È ovvio che ciò si concreta quando le condotte improprie si sono potute realizzare a causa di un'omessa o inadeguata direzione, organizzazione e vigilanza dell'unità operativa affidatagli. Il dirigente con incarico di direzione di struttura complessa, oltre a monitorare l'opera dei medici della sua unità operativa, quando non condivide le strategie diagnostiche o terapeutiche adottate dai suoi collaboratori può anche decidere di avocare a sé la gestione del singolo caso clinico. Di contro, quando il dirigente medico subalterno non condivide, per fondato motivo, le direttive diagnostiche o terapeutiche del dirigente in posizione apicale, è obbligato a segnalare e motivare il proprio dissenso, giacché, diversamente, potrà essere ritenuto responsabile dell'esito negativo del trattamento, per non avere impedito l'evento lesivo. Solamente qualora il superiore gerarchico ritenga di non approvare l'atteggiamento così manifestato dal sanitario di grado inferiore, quest'ultimo potrà considerarsi esentato da eventuali responsabilità. Quando condividono le scelte diagnostiche e terapeutiche, il dirigente di ruolo apicale e quello subalterno assumono identica responsabilità.

Analoghe considerazioni sono emerse dalla valutazione dei rapporti intercorrenti tra dirigente medico e specializzando, anche se, in questo caso, il patrimonio culturale dello specializzando, per definizione, può essere ancora inadeguato per valutare appieno l'appropriatezza e la congruità delle scelte diagnostiche e terapeutiche intraprese dal suo superiore.

---

## TERAPIA TRASFUSIONALE E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

**Michele Zagra, Stefania Zerbo**

La pratica trasfusionale, atto medico non esente da rischi, pone sovente il sanitario di fronte a diverse problematiche di ordine giuridico, etico e medico-legale che iniziano già dal buon uso del sangue (non sempre facilmente reperibile) e dei derivati plasmatici, per proseguire poi nella prevenzione delle patologie derivanti dalle trasfusioni e nel rispetto delle convinzioni di coloro che per motivi religiosi le rifiutano. La rilevanza degli aspetti del *diritto* correlati alla medicina trasfusionale è testimoniata dai numerosi interventi del Legislatore che più volte è stato chiamato a dettare le regole fondamentali in tale ambito (legge 4 maggio 1990, n. 107 [*Disciplina per le attività trasfusionali relative al sangue umano e ai suoi componenti e per la produzione di plasmaderivati*], G.U. 22 agosto 1991, n. 196; D.M. 25 gennaio 2001 [*Caratteristiche e modalità per la donazione di sangue e di emocomponenti*]; legge 21 ottobre 2005, n. 219 [*Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati*], G.U. 27 ottobre 2005, n. 251; decreto 21 dicembre 2007 [*Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale di emoderivati*]; e altri (vedi sul sito *Interventi del legislatore in materia di terapia trasfusionale*).

Si evince, pertanto, come questo atto medico straordinario imponga a tutti i sanitari coinvolti, sia che si tratti di medici trasfusionisti sia di medici trasfusori o di infermieri, una cauta valutazione della necessità del suo impiego e un comportamento attento, ispirato a diligenza, perizia e prudenza, onde prevenire i rischi connessi.

---

<sup>29</sup>La figura del direttore di struttura complessa equivale alla vecchia figura del primario.

## Responsabilità del medico di medicina trasfusionale e del medico trasfusore

Nella Tabella 3.2 si riportano le rispettive competenze/responsabilità del medico di medicina trasfusionale e del medico che prescrive e/o effettua la trasfusione (medico trasfusore).

La trasfusione di sangue e/o emoderivati richiede l'acquisizione del consenso informato del paziente in forma (obbligatoriamente) scritta. A tal proposito l'art. 4, D.M. 1 settembre 1995 (*Costituzione e compiti dei comitati per il buon uso del sangue presso i presidi ospedalieri*, in G. U. n. 240 del 13 ottobre 1995) recita:

*«Deve essere comunicata ai pazienti la possibilità di effettuare, quando indicata, l'autotrasfusione e deve essere richiesto il consenso informato alla trasfusione di sangue ed emocomponenti ed alla somministrazione di emoderivati. Il consenso è espresso mediante sottoscrizione di apposita dichiarazione conforme al testo allegato al presente decreto, da unire alla cartella clinica (Costituzione e compiti dei comitati per il buon uso del sangue presso i presidi ospedalieri<sup>30</sup>).*

*Se il paziente è un minore, il consenso deve essere rilasciato da entrambi i genitori o dall'eventuale tutore. In caso di disaccordo tra i genitori, il consenso va richiesto al giudice tutelare.*

*Quando vi sia un pericolo imminente di vita, il medico può procedere a trasfusione di sangue anche senza consenso del paziente. Devono essere indicate nella cartella clinica, in modo particolareggiato, le condizioni che determinano tale stato di necessità.*

*Nei casi che comportano trattamenti trasfusionali ripetuti, il consenso si presume formulato per tutta la durata della terapia, salvo esplicita revoca da parte del paziente».*

La mancanza del consenso, salvo che sussista uno stato di necessità, può dar luogo a responsabilità penale, civile e deontologica.

Qualora il paziente, debitamente informato dell'obiettiva necessità, a giudizio del medico, di sottoporsi a emotrasfusione, opponga un rifiuto motivato, per esempio, da ragioni religiose (Testimoni di Geova), il medico dovrà astenersi dal compiere l'intervento, potendo incorrere, indipendentemente dal verificarsi o no di eventi di danno, in responsabilità professionale anche penale, rispondendo del reato di violenza privata (art. 610 c.p.)<sup>31</sup>.

**Tabella 3.2** Responsabilità/competenze in medicina trasfusionale

Responsabilità del medico di medicina trasfusionale		Responsabilità del medico trasfusore
<p><b>Nei confronti del donatore</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consenso informato al dono</li> <li>• Screening accurato dello stato di salute</li> <li>• Garanzia della tutela della riservatezza</li> <li>• Sicurezza per il prelievo</li> </ul>	<p><b>Nei confronti del paziente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prelievo solo di sangue ed emocomponenti idonei</li> <li>• Accurata conservazione</li> <li>• Assegnazione di unità di sangue e/o emocomponenti compatibili</li> <li>• Consulenza specialistica con il medico di reparto per una corretta emoterapia</li> <li>• Conservazione della documentazione sanitaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ottenimento di un valido consenso del ricevente</li> <li>• Corretta definizione dell'indicazione all'emoterapia</li> <li>• Compilazione di una corretta richiesta di emoterapico alla struttura trasfusionale</li> <li>• Modalità di esecuzione della trasfusione</li> <li>• Segnalazione alla struttura trasfusionale di ogni reazione avversa collegata all'emoterapia</li> </ul>

<sup>30</sup>Vedi sul sito *Fac-simile consenso informato alla trasfusione e Fac-simile consenso informato al trattamento con emoderivati*.

<sup>31</sup>Per approfondire l'argomento (minori, Testimoni di Geova ecc.), vedi Capitolo 8.

In tema di emotrasfusioni, la responsabilità professionale del sanitario può integrare gli estremi della colpa specifica e/o della colpa generica.

### Colpa specifica nel processo trasfusionale

L'inosservanza di leggi e regolamenti può configurare l'ipotesi della *colpa specifica*. Esiste in tal senso una copiosa produzione di normative che presuppongono l'introduzione di protocolli ufficiali o di linee guida di condotte codificate, finalizzate a garantire la sicurezza trasfusionale (controllo dell'identificazione del paziente, accertamento della compatibilità di gruppo ABO e Rh tra l'unità da trasfondere e il ricevente).

Il Ministero della Salute ha ravvisato nella reazione trasfusionale ABO un importante evento sentinella che può e deve essere prevenuto<sup>32</sup>. Ritenuto che questo evento avverso drammatico è sempre dovuto a errore, ha emanato una raccomandazione specifica (Raccomandazione n. 5, marzo 2008)<sup>33</sup>.

L'assenza o la mancata applicazione di procedure specifiche rappresenta, infatti, un importante fattore di rischio che può determinare il verificarsi dell'evento di danno durante una delle diverse fasi del processo trasfusionale, dal prelievo del campione per la determinazione del gruppo sanguigno del ricevente, fino alla trasfusione degli emocomponenti.

Come segnalato nella letteratura nazionale e internazionale, i più frequenti errori, con conseguenze anche potenzialmente fatali che possono verificarsi nel reparto ove è richiesta la trasfusione ematica, sono rappresentati da:

- errori di identificazione del paziente o scambi di persona;
- errori di trascrizione delle anagrafiche o di etichettatura dei campioni;
- errori di trascrizione delle anagrafiche sulle richieste.

I principali tipi di errore gravanti sul servizio trasfusionale possono essere sintetizzati come segue:

- scambi di campioni o delle registrazioni;
- errori analitici sierologici di laboratorio nella determinazione del gruppo o nell'esecuzione della prova di compatibilità.

Le tipologie di errore segnalate più frequentemente all'atto della trasfusione sono rappresentate da:

- trasfusione di unità di sangue alla persona sbagliata per errore di identificazione del paziente;
- trasfusione di unità di sangue sbagliata per errore di identificazione dell'unità da trasfondere.

### Colpa generica nel processo trasfusionale

La fattispecie della *colpa generica* derivante da imprudenza, imperizia e negligenza, con specifico riguardo alle attività trasfusionali, può fondamentalmente riscontrarsi nella fase della valutazione operata dal sanitario relativamente alla necessità della trasfusione o nelle modalità di effettuazione della stessa.

Nonostante tutti i progressi realizzati, l'atto trasfusionale di sangue non omologo rimane a oggi caratterizzato da un margine di rischio non trascurabile (trasmissione di malattie infettive, reazioni indesiderate

<sup>32</sup>Dai sistemi di emovigilanza attivi in alcuni Paesi emerge che le reazioni avverse dovute a errori trasfusionali rappresentano circa il 70% di tutti gli eventi avversi, e di queste circa il 20% è costituito da reazioni trasfusionali da incompatibilità ABO.

<sup>33</sup>Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO.

**BOX 3.2 LISTA DI CONTROLLO OMS PER LA PRESCRIZIONE DI SANGUE O DERIVATI**

- Quale miglioramento delle condizioni cliniche spero di ottenere in questo paziente?
- Posso minimizzare le perdite di sangue al fine di ridurre la necessità di trasfusioni per questo paziente?
- Vi è qualche altro trattamento che dovrei fare prima di prendere la decisione di trasfondere, come per esempio la somministrazione di fluidi o di ossigeno?
- Quali sono le indicazioni cliniche e laboratoristiche specifiche per trasfondere questo paziente?
- Quali sono i rischi di trasmettere HIV, epatite, sifilide o altri agenti infettivi attraverso i prodotti ematici disponibili per questo paziente?
- I benefici della trasfusione sono superiori ai rischi per questo paziente?
- Quali altre opzioni vi sono se il sangue non è disponibile in tempo utile?
- È disponibile una persona esperta per monitorare il paziente e rispondere con prontezza, nel caso che in questo paziente si sviluppi una reazione trasfusionale acuta?
- Ho messo per iscritto nella cartella clinica del paziente e nel modulo per la richiesta di sangue la mia decisione e le ragioni che mi hanno indotto a trasfondere?
- Se questo sangue fosse per me o per mio figlio, accetterei la trasfusione in questa circostanza?

precoci e tardive), e spetta sempre al medico la responsabilità di valutare, prima ancora di chiedere il consenso informato del paziente, la reale sussistenza dell'obiettiva necessità di effettuare la trasfusione<sup>34</sup>. Nel caso in cui l'indicazione alla trasfusione risulti priva di una valida giustificazione e dalla sua effettuazione derivino conseguenze lesive o mortali per il paziente, l'avvenuta acquisizione del consenso non pone il medico al riparo da profili di responsabilità penale e/o civile. Parimenti, il sanitario può essere chiamato a rispondere del proprio comportamento nell'ipotesi in cui ometta di prescrivere la trasfusione nei casi in cui essa costituisca un atto medico necessario e insostituibile.

Secondo la *Lista di controllo* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), i medici, prima di prescrivere sangue o prodotti ematici a un paziente, devono porsi le domande riportate nel Box 3.2.

Altra fattispecie di responsabilità generica del sanitario può prospettarsi nelle ipotesi in cui l'evento di danno arrecato al paziente (morte o lesioni personali) sia riconducibile a un'errata modalità di esecuzione dell'intervento durante la fase materiale dell'atto trasfusionale come, per esempio, insufficiente e/o inadeguata sorveglianza del paziente, da cui possa derivare un mancato e tempestivo trattamento di eventuali reazioni indesiderate o complicanze.

### **Responsabilità del personale infermieristico nel processo trasfusionale**

In alcune fasi del processo trasfusionale, anche il personale infermieristico è corresponsabile con il personale medico nel garantire i sistemi di sicurezza nell'uso del sangue.

Gli ambiti di responsabilità condivisa si riferiscono:

- alla corretta identificazione del paziente al momento dei prelievi di sangue e della trasfusione;
- alla verifica di identità tra il paziente che deve ricevere la trasfusione e il nominativo del ricevente riportato sull'unità di sangue;
- alla registrazione dei dati in cartella clinica.

<sup>34</sup>Il medico, prima di effettuare un'emotrasfusione, è tenuto ad adottare tutte le strategie terapeutiche utili e indicate onde evitare o ridurre l'impiego di sangue e/o emoderivati (autodonazione, emodiluizione isovolemica intraoperatoria, recupero del sangue intra- e postoperatorio, trattamento preventivo con EPO [eritropoietina]+ferro, soglia trasfusionale).

Competono, invece, solamente al personale infermieristico con assunzione personale di responsabilità sia sul versante penalistico sia sul versante civilistico:

- la compilazione della parte anagrafica della richiesta di sangue o di determinazione del gruppo sanguigno;
- l'esecuzione dei prelievi di sangue e la compilazione delle relative etichette;
- l'invio della richiesta e dei campioni al centro trasfusionale;
- la gestione in reparto delle unità consegnate fino al momento della trasfusione;
- la registrazione dell'ora in cui termina la trasfusione nell'apposita sezione della cartella clinica.

---

## OMISSIONE DI SOCCORSO

**Michele Zagra, Antonina Argo**

L'art. 593 c.p. recita testualmente:

*«Chiunque, trovando abbandonato o smarrito un fanciullo minore degli anni dieci, o un'altra persona incapace di provvedere a se stessa, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia o per altra causa, omette di darne immediato avviso all'autorità è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa fino a 2.500 euro. Alla stessa pena soggiace chi, trovando un corpo umano che sia o sembri inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente o di darne immediato avviso all'autorità. Se da siffatta condotta del colpevole deriva una lesione personale, la pena è aumentata; se ne deriva la morte, la pena è raddoppiata».*

L'omissione di soccorso rientra fra i reati contro la persona, e più specificatamente contro la vita e l'incolumità individuale. Il legislatore, prevedendo con l'art. 593 c.p. questo reato omissivo proprio, che si riferisce a chiunque e non soltanto al personale sanitario, ha inteso reprimere il mancato compimento di un'azione giudicata come doverosa, indipendentemente dal verificarsi o no di un evento dannoso come sua conseguenza.

Con riferimento al medico, occorre tuttavia preliminarmente precisare che egli, in generale, può essere interessato a due diversi tipi di obbligo: un *obbligo di soccorso* che riguarda tutti i medici, tenuti a prestare la loro opera nei casi di effettiva necessità, e un *obbligo contrattuale* derivante dai doveri d'ufficio del medico pubblico o convenzionato. Nell'obbligo contrattuale è molto più frequentemente contestato il reato di omissione di atti d'ufficio anziché quello di omissione di soccorso. In tale ambito, tuttavia, è spesso, configurabile il

*«concorso dei due reati (rifiuto di atti d'ufficio e omissione di soccorso) in quanto le due norme incriminatrici tutelano beni diversi: l'art. 328 tutela il regolare funzionamento della pubblica amministrazione, imponendo al pubblico ufficiale e all'incaricato di pubblico servizio di assolvere efficacemente e tempestivamente i doveri inerenti all'ufficio o al servizio; l'art. 593 invece tutela la vita e l'incolumità individuale»<sup>35</sup>.*

L'obbligo di intervento richiamato dall'art. 593 c.p. è collegabile all'obbligo giuridico (previsto dall'art. 40 c.p.) di impedire un evento che si ha il dovere di impedire e al delitto colposo derivato da

---

<sup>35</sup>Sentenza Corte di Cassazione Sez. VI, 7 giugno 2000, n. 863.

inosservanza di leggi, regolamenti o discipline (art. 43 c.p.). Nel caso del medico, per *disciplina* si intende anche l'obbligo di intervenire previsto dal Codice deontologico all'art. 8, secondo cui: «*Il medico, indipendentemente dalla sua abituale attività, non può mai rifiutarsi di prestare soccorso o cure d'urgenza e deve tempestivamente attivarsi per assicurare assistenza*».

È importante ricordare che ai fini del reato di omissione non ha alcun valore liberatorio l'eventuale indisponibilità di strumentario idoneo, la dichiarata incompetenza specialistica o qualsiasi altra scusa generica (atteggiamento che non si addice a un esercente un servizio di pubblica necessità).

Come ha stabilito la Suprema Corte (sent. Cass. pen. Sez. V, 24 maggio 2002, n. 20480), l'omissione di soccorso non è configurabile in caso di una semplice chiamata.

*«Non è colpevole», infatti, di tale reato «il medico che, chiamato ad intervenire, non intervenga<sup>36</sup>. Per la configurabilità di tale delitto occorre che sussista un contatto materiale diretto, attraverso gli organi sensoriali, con l'oggetto del ritrovamento, onde la mera notizia che taluno sia in pericolo in luogo sottratto alla percezione visiva diretta dell'agente non è di per sé idonea ai fini della prospettabilità del reato».*

Si possono, di fatto, ravvisare nei primi due commi dell'articolo 593 c.p. le due distinte ipotesi di quanto già evidenziato. Nel primo comma e nel secondo comma il termine *trovando* utilizzato dal legislatore allude proprio all'imbattersi nella persona in pericolo, attraverso un contatto materiale e diretto. Nel secondo comma l'omissione penalmente rilevante è quella di non prestare assistenza a una persona ferita o altrimenti in pericolo.

---

## RIFIUTO DI ATTI DI UFFICIO OMISSIONE

**Michele Zagra, Antonina Argo**

Il termine *rifiuto* indica la manifesta volontà di non compiere un atto legalmente richiesto che implica una previa domanda di adempimento.

Per concretarsi il reato di rifiuto di atti d'ufficio devono configurarsi due condizioni fondamentali: l'*urgenza degli atti* (che devono essere compiuti senza ritardo, pena l'insorgere o l'aggravarsi di un pericolo) e la *qualificazione degli atti* (riferita a ragioni di giustizia, sicurezza pubblica, ordine pubblico, sanità). Gli elementi oggettivi della condotta criminosa in questo reato sono infatti addebitabili alla doverosità e indifferibilità che devono rivestire l'atto d'ufficio.

L'art. 328 c.p. recita:

*«Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni. Fuori dei casi previsti dal primo comma, il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che entro trenta giorni dalla richiesta di chi vi abbia interesse non compie l'atto del suo ufficio e non risponde per esporre le ragioni del ritardo, è punito con la reclusione fino ad un anno o con la multa fino a euro 1.032. Tale richiesta deve essere redatta in forma scritta ed il termine di trenta giorni decorre dalla ricezione della richiesta stessa».*

---

<sup>36</sup>Se esiste un *obbligo contrattuale* da parte del medico, si può ravvisare in tale circostanza il reato di rifiuto di atti di ufficio e omissione (art. 328 c.p.).

Il rifiuto d'atti d'ufficio costituisce un reato di pericolo che si perfeziona ogniquale volta sia denegato un atto non ritardabile, incidente su beni di valore primario tutelati dall'ordinamento, indipendentemente dal documento che in concreto possa derivarne (sent. Cass. pen. Sez. VI, 8 ottobre 2008, n. 38386). L'omissione, il rifiuto o il ritardo di assistenza urgente da parte del medico configura, pertanto, l'ipotesi del reato a prescindere dalle possibili conseguenze negative derivate da tale comportamento. In pratica, non riveste alcun rilievo il fatto che la mancata assistenza abbia causato o no un effetto peggiorativo sulle condizioni del paziente: è sufficiente che essa sia ricorsa.

Di seguito si riportano due sentenze della Cassazione penale che sono interessanti per i casi trattati e le decisioni di merito.

- La Corte di Cassazione Sezione VI penale, con sentenza n. 48379 del 30 dicembre 2008, ha stabilito che commette reato, secondo l'art. 328 c.p., il chirurgo reperibile che rifiuta di tornare in ospedale, e ciò anche in presenza di una situazione considerata "non urgente"<sup>37</sup>.
- La Cassazione penale, con sentenza n. 9493/1995, ha rigettato il ricorso contro la condanna per il reato di cui all'art. 328 c.p. del medico di turno presso un Pronto soccorso che, avendo visitato un paziente a seguito di infortunio, senza sottoporlo a esami diagnostici, pur in presenza di sintomi molto significativi di trauma cranico complicato, aveva consigliato alla moglie di condurlo con mezzi propri presso altro ospedale più attrezzato, senza predisporre il trasferimento mediante ambulanza<sup>38</sup>.

<sup>37</sup>Il chirurgo in servizio di reperibilità, chiamato da un collega già presente in ospedale che ne sollecita la presenza, in relazione a una ravvisata urgenza di intervento chirurgico, deve recarsi subito in reparto per visitare il paziente. L'urgenza e il relativo obbligo in tal senso vengono a configurarsi in termini formali, senza possibilità di sindacato a distanza da parte del chiamato. Ne consegue che «il rifiuto, penalmente rilevante ai sensi dell'art. 328 c.p., comma primo, si consuma con la violazione del suddetto obbligo e la responsabilità non è tecnicamente connessa all'effettiva ricorrenza della prospettata necessità ed urgenza dell'intervento chirurgico». La Corte ha precisato che «l'istituto della reperibilità o di pronta disponibilità, costituisce una modalità organizzativa dei servizi apprestati dalle aziende sanitarie ed è disciplinato dall'art. 25 del DPR 25 giugno 1983, n. 348, recante trattamento del personale delle unità sanitarie locali (G.U. 20 luglio 1983, n. 197), successivamente sempre richiamato o ripreso dai contratti collettivi nazionali dell'area della dirigenza medico-veterinaria del servizio sanitario nazionale. Tale servizio è caratterizzato dall'immediata reperibilità del dipendente e dall'obbligo per lo stesso di raggiungere il presidio nel più breve tempo possibile dalla chiamata». Nel caso di specie, ciò che è stato correttamente ascritto e addebitato al chirurgo, secondo la Corte «non è l'omesso intervento chirurgico, bensì il rifiuto indebito dell'atto dovuto, richiestogli reiteratamente dai medici suoi colleghi in adempimento delle disposizioni organizzative dell'ospedale, adottate in piena conformità all'art. 25 del DPR cit. ed ai successivi CCNL dell'area di dirigenza medico-veterinaria. Tale atto era costituito dal pronto ritorno in ospedale e dalla nuova valutazione, previa visita medica, sulla necessità di operazione chirurgica. L'urgenza dell'atto derivava direttamente dalla dettagliata e allarmata valutazione resa dai medici che avevano proceduto a visita della paziente, successivamente a quella effettuata dal [...]. Questi non era certo obbligato a condividere la valutazione dei suoi colleghi, ma ciò non poteva fare senza procedere a nuova diretta visita, essendo gli anche stata rappresentata una situazione di progressivo aggravamento delle condizioni fisiche della donna ricoverata».

<sup>38</sup>La Corte richiama in motivazione l'art. 14, legge 27 marzo 1969, n. 128, in cui si afferma che «è affidato al medico di guardia il giudizio sulla necessità del ricovero e sulla destinazione del malato (sesto comma); tuttavia il medesimo sanitario non può rifiutare il ricovero, qualora ne abbia accertata la necessità (ottavo comma)» e che, quando manchino i posti letto o sia comunque impossibile il ricovero presso lo stesso ospedale, deve essere lo stesso medico di guardia, «apprestati gli eventuali interventi di urgenza», ad assicurare «a mezzo di propria autoambulanza e, se necessario, con adeguata assistenza medica, il trasporto dell'infermo in altro ospedale (ottavo comma)». L'art. 7, D.P.R. 27 marzo 1992, stabilisce che: «L'ospedale sede di Pronto Soccorso deve assicurare oltre agli interventi diagnostico-terapeutici di urgenza compatibili con le specialità di cui è dotato, almeno il primo accertamento diagnostico, clinico, strumentale e di laboratorio e gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente, nonché garantire il trasporto protetto». Come previsto nella Carta dei servizi pubblici sanitari del 1996, il trasferimento tra sedi ospedaliere, disposto da un ospedale verso un altro in grado di fornire prestazioni specializzate, una volta che il paziente sia stato sottoposto agli interventi necessari alla sua stabilizzazione, è a carico del Servizio sanitario nazionale.

La violazione dell'art. 328 c.p. è ravvisabile anche:

- nella omessa, ritardata o negligente compilazione della cartella clinica;
- nel ritardo della sua archiviazione e rilascio;
- nel caso in cui un medico reperibile di un reparto o servizio ospedaliero si sottragga alla chiamata deducendo, secondo un proprio personale giudizio tecnico, che non sussistano i presupposti di un'invocata urgenza;
- qualora un medico reperibile, a disposizione dell'ospedale e con l'obbligo di raggiungerlo nel più breve tempo possibile, lo faccia con grave ritardo;
- quando un medico si rifiuta di intervenire per la somministrazione di farmaci atti ad alleviare le sofferenze di un malato.

Per completezza, si ricorda che l'art. 331 c.p.p.<sup>39</sup> prevede l'obbligo da parte di tutti i pubblici ufficiali e gli operatori incaricati di pubblico servizio, salvo quanto stabilito dall'articolo 347 c.p.p., a segnalare al Tribunale penale o alla Polizia giudiziaria i reati perseguibili d'ufficio di cui sono venuti a conoscenza nell'esercizio delle loro funzioni e, di conseguenza, la mancata segnalazione costituisce una omissione in atti d'ufficio secondo quanto previsto dall'art. 328 c.p.

---

## DIMISSIONE VOLONTARIA

**Antonina Argo, Michele Zagra**

Possono gravare sul medico profili di responsabilità nel caso in cui il paziente richieda di abbandonare la struttura ospedaliera, nonostante il suo parere avverso.

La cronaca riporta periodicamente all'attenzione di tutti (opinione pubblica e sanitari) il problema della *dimissione volontaria* del paziente, ponendo una serie di interrogativi a cui, a volte, risulta difficile dare risposte sicure. In dottrina, infatti, non vi è inequivocabile accordo sulle indicazioni cui il medico deve attenersi per porsi al riparo da eventuali ipotesi di responsabilità civile e penale.

Secondo le fonti normative vigenti (D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128, art. 14: *Ordinamento interno dei servizi ospedalieri*, pubblicato in G.U. del 23 aprile 1969, n. 104, S.O.)

*«la dimissione dell'infermo viene stabilita dal primario e comunicata tempestivamente alla direzione sanitaria e agli uffici amministrativi, secondo le modalità previste dal regolamento interno di ciascun ente ospedaliero».*

Lo stesso articolo prevede, inoltre, che:

*«Se l'infermo o il suo legale rappresentante, nonostante il motivato parere contrario del sanitario responsabile, chiede la dimissione, la stessa avviene previo rilascio di dichiarazione scritta del*

---

<sup>39</sup>Art. 331 c.p.p. (*Denuncia da parte di pubblici ufficiali e incaricati di un pubblico servizio*): «1. Salvo quanto stabilito dall'articolo 347, i pubblici ufficiali e gli incaricati di un pubblico servizio che, nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del loro servizio, hanno notizia di reato perseguibile di ufficio, devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito. 2. La denuncia è presentata o trasmessa senza ritardo al pubblico ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria. 3. Quando più persone sono obbligate alla denuncia per il medesimo fatto, esse possono anche redigere e sottoscrivere un unico atto. 4. Se, nel corso di un procedimento civile o amministrativo, emerge un fatto nel quale si può configurare un reato perseguibile di ufficio, l'autorità che procede redige e trasmette senza ritardo la denuncia al pubblico ministero».



*richiedente, in cui deve farsi menzione del parere predetto; tale dichiarazione deve essere conservata agli atti dell'ospedale».*

La semplice sottoscrizione della dichiarazione di dissenso a continuare la degenza, pur essendo un mezzo per testimoniare l'effettiva e autentica manifestazione di volontà dell'assistito, non sembra tuttavia pienamente in grado di estinguere eventuali ipotesi di responsabilità, giacché, se è pur vero che la libertà personale dell'individuo è costituzionalmente garantita, si fa in ogni modo obbligo al medico (responsabile della degenza) di assicurare la continuità delle cure al suo paziente. In linea di principio, infatti, il medico, iniziata la terapia, dovrebbe proseguirla fino alla sopravvenuta guarigione o morte del paziente<sup>40</sup>. Il sospendere le cure potrebbe farlo incorrere nel reato previsto dall'art. 591 c.p., che prevede sanzioni per chi abbandona una persona incapace di provvedere a se stessa, causandone indirettamente una lesione o la morte. Ne deriva quindi che il sanitario dovrebbe opporsi alla dimissione quando reputi che essa costituisca un potenziale danno per il paziente. Questi, tuttavia, pienamente consapevole dell'entità e dell'effetto della sua scelta, ha in ogni caso la possibilità di "pretendere" la dimissione. Il sanitario pertanto, fatti salvi i casi di *danno attuale, reale e imminente per la vita e l'incolumità alla persona*, una volta esaurite tutte le possibilità di *persuasione*, dovrà acconsentire alla dimissione volontaria facendo tuttavia firmare al paziente o a chi ne ha la legale rappresentanza una dichiarazione liberatoria di responsabilità (sia per la dimissione sia per il trasporto), non potendolo trattenere oltre, pena la possibilità di essere accusato di *sequestro di persona*. Tale dichiarazione si configura come una sorta di consenso informato *a contrariis*, in cui si attesta che il paziente ha deciso di abbandonare la struttura presso cui è in degenza, pur essendo consapevole del parere negativo del medico che, adempiendo il dovere professionale ed etico di bene operare, sconsiglia, motivatamente e nell'interesse del malato, di interrompere la degenza.

I requisiti formali di questa dichiarazione *liberatoria* non sono univocamente stabiliti. La prassi adottata nelle diverse strutture sanitarie è infatti variabile. In alcune si utilizzano laconiche formulazioni che sono firmate dal paziente e controfirmate dal medico; in altre, invece, l'abbandono volontario della struttura è segnalato esclusivamente nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO) (che è parte integrante della cartella clinica e nella quale peraltro va obbligatoriamente specificata la modalità di dimissione). Si ritiene prassi corretta l'adozione di un vero e proprio *verbale di dimissione*, in cui si possono chiaramente evidenziare: il parere motivato del medico alla prosecuzione della degenza, la firma del paziente e la firma di almeno due testimoni (si veda sul sito *Schema di verbale di dimissione volontaria*).

La richiesta di dimissione, per essere "valida", deve nascere da una manifestazione *autentica* (non viziata da false rappresentazioni della realtà) e inequivoca della volontà della persona. Non è affatto superfluo fare tale considerazione, giacché spesso a chiedere la dimissione è il paziente psichiatrico, alcolista o tossicodipendente, sovente in preda ad alterazioni transitorie o permanenti della sfera volitiva e cognitiva. In tali circostanze, come nel caso di un minore, la manifestazione della volontà, per essere valida, deve essere espressa dal rappresentante legale. Valgono in pratica le stesse regole previste per l'acquisizione di un valido consenso informato all'atto medico (e quindi anche dissenso), per il cui approfondimento si rimanda al Capitolo 8.

<sup>40</sup>Può sospendersela anche quando non sia più necessaria (in quanto inutile) nei soggetti *terminali*.

## **RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEL MEDICO DI MEDICINA D'URGENZA E DELLA STRUTTURA SANITARIA IN RAPPORTO ALLA GESTIONE DELLE EMERGENZE-URGENZE**

**Michele Zagra, Valentina Triolo**

Per affrontare il tema della responsabilità professionale in emergenza-urgenza, è necessario innanzitutto chiarire la differenza tra il concetto di *emergenza* e quello di *urgenza*.

Come urgenza si intende una condizione che richiede una decisione rapida e un intervento altrettanto rapido, seppure non sia riconoscibile una condizione di imminente pericolo di vita. Nell'emergenza, invece, è prevedibile un pericolo di vita attuale, che richiede un intervento rapido ed efficace<sup>41</sup>.

La valutazione di questo criterio distintivo in ogni singolo caso clinico è indispensabile sia per il sanitario che interviene sul paziente, sia per il medico legale. Il primo deve identificare la condizione di urgenza che, come tale, deve essere trattata con precedenza rispetto agli altri casi in attesa, valutando anche i tempi necessari per un eventuale trasferimento in un reparto più idoneo al caso o per altre necessità. Il medico legale deve tenere conto della condizione di emergenza, nel caso si trovi a valutare eventuali responsabilità del sanitario. Si rileva, a tal fine, che è proprio la definizione di emergenza, con la previsione della sussistenza di un pericolo di vita attuale, a permettere di far riferimento al criterio previsto dal Codice penale di esclusione della punibilità (art. 54 c.p. *Stato di necessità*), salvo negli altri casi in cui si voglia riconoscere, genericamente, il cosiddetto stato di *necessità medica* (Fiori, 1999), che però a oggi non è sempre e da tutti i giudici considerato penalmente valido. Teoricamente tutti i reparti potrebbero trovarsi a intervenire in condizioni di emergenza o urgenza, ma esistono alcune strutture, come il Pronto soccorso, l'Unità operativa di chirurgia o di ostetricia e ginecologia, che sono maggiormente esposte. È ovvio che i professionisti di tali strutture abbiano obblighi e doveri di garanzia nei confronti del paziente identici a quelli di tutte le altre. Tuttavia nei loro confronti bisogna tener conto delle modalità complesse in cui spesso sono costretti a intervenire: condizioni critiche e, principalmente, tempi stretti.

Anche se relativamente agli ambiti di responsabilità professionale in emergenza-urgenza valgono in linea generale gli stessi principi ampiamente discussi nei paragrafi precedenti, è necessario un approfondimento delle problematiche specifiche di questo settore, giacché la responsabilità del sanitario va valutata anche sulla base dell'ambito *specialistico di appartenenza* (Cass. pen. Sez. IV, 17 febbraio 1981). Nel caso specifico possono infatti insorgere fattispecie di reato che assumono maggiore significatività proprio in ragione dello stato di emergenza-urgenza in cui si interviene e delle eventuali scriminanti o attenuanti della responsabilità professionale.

### **Obbligo di garanzia e giudizio di urgenza**

Com'è noto, l'art. 32 della Costituzione italiana sancisce il diritto alla salute di cui il medico si fa garante per i suoi assistiti. Secondo l'art. 3 del Codice di deontologia medica, infatti, *la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo*, rappresenta un dovere del medico. La natura dell'obbligazione del professionista, da cui può scaturire un'eventuale responsabilità, è cosiddetta di *mezzi* (salvo alcuni

<sup>41</sup>Per un approfondimento sulle definizioni di emergenza e urgenza si rimanda al Capitolo 4.

<sup>42</sup>Chirurgia estetica, ortodonzia, anestesia, aborto, protesi sostitutive, esami di laboratorio, diagnosi istopatologica, trasfusioni di sangue ecc.

casi specifici<sup>42</sup>). Negli ultimi anni, tuttavia, si è assistito in ambito civile a un'evoluzione preponderante verso la responsabilità di risultato. Secondo la dottrina, in ogni modo, la colpa non consegue dal mancato raggiungimento del risultato sperato dal paziente, bensì dalla mancanza della diligenza impiegata.

In emergenza-urgenza questo principio ha un peso maggiore giacché, come è evidente, in tale ambito i trattamenti, salvo alcuni che possono ritenersi di routine (per esempio, gli esami di laboratorio), sono gravati da maggiori rischi. Per i tempi ristrettissimi a disposizione del professionista (nei quali inserire sia i tempi per la diagnosi sia quelli per il trattamento) è evidente che la condizione di lavoro può già ritenersi, di per sé, di particolare difficoltà, e in tema di responsabilità civile si potrebbe richiamare il ben noto art. 2236 c.c. (Si veda paragrafo *Responsabilità civile*).

Il giudizio di urgenza è delegato al medico di accettazione e prima ancora, seppure non in forma di vera e propria diagnosi, all'infermiere di triage del Pronto soccorso. La responsabilità professionale sorge, chiaramente, nel caso di una mancata identificazione dell'urgenza che ha comportato la morte, lesioni o comunque la perdita di chance di sopravvivenza. Rispetto al professionista che opera in condizioni di *elezione*, i casi gravi e urgenti richiedono rapidità decisionale, prontezza di esecuzione, autocontrollo emotivo, preparazione tecnica ed esperienza nell'affrontare situazioni drammatiche.

Nei casi di decesso o genericamente di danno al paziente derivato dal ritardo diagnostico-terapeutico e assistenziale, è compito del medico legale approfondire a posteriori quali siano state le cause che hanno comportato il suddetto ritardo (per esempio, cause di tipo organizzativo, strumentale o professionale), a quale o quali professionisti ciò sia addebitabile, e se questo fosse stato evitabile con una condotta differente. Al medico legale è richiesto inoltre di identificare se il decesso o i danni in genere siano addebitabili al ritardo diagnostico ovvero se si sarebbero manifestati comunque anche con una condotta diversa (in particolare, con un intervento più tempestivo). È suo compito anche valutare la percentuale di probabilità con cui questo danno si sarebbe potuto verificare indipendentemente dalla condotta professionale e l'eventuale chance di sopravvivenza nel caso specifico.

Il medico di Pronto soccorso è direttamente responsabile (eticamente e professionalmente) dell'appropriatezza prescrittiva degli accertamenti diagnostici richiesti (corredati da specifico quesito diagnostico) e/o degli interventi terapeutici istituiti, che devono essere improntati a una diagnosi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto diagnostico. Egli deve infatti affrontare ogni problematica con il massimo scrupolo e disponibilità, dedicandovi il tempo necessario e avvalendosi delle procedure/strumenti ritenuti essenziali. Egli ha la responsabilità primaria della gestione del paziente (D.P.R. 128/69), intesa anche come capacità decisionale e dispositiva delle necessità del ricovero e della destinazione più adeguata (sulla base della diagnosi presuntiva di accettazione formulata)<sup>43</sup>. È inoltre responsabile, anche penalmente, quando non adotta le misure d'urgenza nel fare intervenire, ove necessario, gli specialisti competenti per la diagnosi, la terapia e l'intervento sul malato.

In sintesi il medico di Pronto soccorso, per assolvere l'obbligo di garanzia e giudizio di urgenza, deve:

- valutare rapidamente e accuratamente le condizioni del paziente;
- rianimarlo e stabilizzarlo sulla base delle priorità;
- determinare se i bisogni di cura eccedono la capacità di trattamento della struttura e stabilire in base a ciò l'eventuale trasferimento;

<sup>43</sup>Si raccomanda di documentare la motivazione dell'eventuale mancato ricovero del paziente nel reparto ritenuto più idoneo.

- prendere accordi appropriati e predisporre il trasferimento *sicuro* (sia intraospedaliero sia extraospedaliero) del paziente<sup>44</sup>, dopo averlo informato delle motivazioni, dei rischi e dei benefici derivanti dalla decisione del trasferimento<sup>45</sup>;
- assicurare il trattamento ottimale.

Per supportare il medico in tali incombenze e per assicurare la migliore prestazione possibile, è utile ricorrere alle linee guida esistenti in tema di primo soccorso, di cui l'unità operativa e l'intera struttura devono poter disporre. È noto che le linee guida sono esclusivamente indicazioni di comportamento (diversamente dai protocolli). Tuttavia, la valutazione di un'eventuale condotta colposa inizia in genere da un confronto tra il comportamento tenuto nel caso concreto dal professionista e quanto stabilito dalle linee guida più accreditate in letteratura. È altrettanto noto che qualunque deviazione dalle linee guida, purché motivata, non deve essere necessariamente considerata fonte di responsabilità.

Per quanto attiene all'identificazione dell'urgenza da parte dell'infermiere che attribuisce il codice-colore di priorità, è acclarato che questa deve essere fondata sulle linee guida di triage, la cui responsabilità di adozione ricade sul direttore della struttura. È a carico invece dell'infermiere la corretta applicazione di tali linee guida (vedi cap. 4 *Attività di triage e profili di responsabilità*).

### **Mancanza/malfunzionamento di strumentazione**

Le tecnologie che hanno invaso gli ospedali dagli anni Sessanta a oggi hanno permesso di allungare la durata della vita di oltre 11 anni: da 68,2 a 79,1<sup>46</sup>. È noto che l'accreditamento istituzionale richiede precisi standard di dotazione strumentale oltre che strutturale, di risorse umane ecc., specifici per i diversi ambiti di attività clinico-assistenziali. È pertanto evidente che la mancanza e/o il malfunzionamento della strumentazione idonea a garantire il primo accertamento diagnostico in Pronto soccorso espone a specifici ambiti di responsabilità. È chiaro che in questi casi risponde, per responsabilità professionale, la struttura ospedaliera (ai sensi dell'art. 1218 c.c.)<sup>47</sup>. Non è escluso, tuttavia, che la responsabilità ricada anche sui medici quando non si siano attivati in tempo per ottenere quanto necessario o comunicare un eventuale malfunzionamento. La responsabilità ricade sui professionisti quando non hanno eseguito le verifiche sullo strumentario secondo le liste di controllo previste.

### **Inefficiente assetto organizzativo**

In quest'ambito rientrano varie fattispecie di situazioni. È possibile infatti rinvenire una responsabilità a carico della struttura e/o del primario del reparto nei casi in cui si dimostri:

- l'inadeguata disponibilità di sale per affrontare condizioni di emergenza, sia mediche sia chirurgiche;

---

<sup>44</sup>Vedi Capitolo 4.

<sup>45</sup>In caso di eventuale rifiuto, deve adeguatamente documentarlo.

<sup>46</sup>È il risultato di una ricerca coordinata dall'italiano Francesco Moscone, della Brunel Business School, Brunel University, nel Middlesex.

<sup>47</sup>Riguardo alla responsabilità dell'ente, è evidente che la struttura, alla luce dell'art. 1218 c.c., «*risulta gravata dell'obbligo, di natura giuridica, di garantire un adeguato livello organizzativo*», ragion per cui, qualora non si possa riconoscere una colpa a carico dell'operato del professionista, ma questa sia da addebitare esclusivamente all'inefficienza strutturale-organizzativa, «*la struttura risponderà dei danni cagionati*».

- l'inadeguata turnazione dei medici<sup>48</sup>, specie se ciò è riconducibile a un numero insufficiente di personale in organico;
- l'inadeguata collaborazione tra le varie figure professionali (per esempio, infermieri e medici), sia nelle modalità sia nella tempistica;
- l'inadeguata organizzazione dei percorsi e dei tempi operativi necessari all'urgenza (per esempio, stanze per l'osservazione/ricovero o l'effettuazione di esami d'urgenza troppo lontane dalla sala di accettazione del paziente urgente);
- l'inadeguata disponibilità di stanze e di personale per il controllo/monitoraggio del paziente durante e alla fine dell'urgenza;
- l'inadeguata disponibilità di stanze e di personale durante l'attesa della consulenza specialistica;
- la mancata adozione di procedure e/o linee guida standardizzate di riferimento, con il duplice obiettivo di uniformare l'attività dei sanitari e di rendere più efficace e sicura la prestazione (gestione del rischio clinico).

### **Rapida attivazione degli specialisti necessari al caso specifico**

Il medico di Pronto soccorso (come d'altronde il medico di guardia di qualunque reparto) deve attivarsi per consultare nel più breve tempo possibile i colleghi specialisti, anche semplicemente allertandoli in merito alla possibilità di un loro intervento, qualora si rendesse necessario per il caso specifico. Un ritardo nella comunicazione, la mancanza totale di richiesta di consulto o il mancato accertamento che il malato sia stato visitato dallo specialista consultato, può essere fonte di responsabilità, potendosi riconoscere una condotta negligente e imprudente del sanitario. Viceversa, non vi è condotta colposa a carico del sanitario che, non avendo le competenze necessarie al caso, ha avvertito nei tempi idonei i colleghi specialisti e si è comunque adoperato, per quanto a lui possibile (per esempio, stabilizzazione il paziente), nell'attesa del loro intervento.

### **Consenso informato**

Seppure in condizioni d'urgenza, ove possibile, è sempre obbligo del sanitario informare il paziente delle sue condizioni di salute, degli esami che dovrà eseguire, delle necessità dell'intervento terapeutico (medico o chirurgico) con i rischi connessi, delle possibilità di miglioramento o peggioramento delle condizioni, delle disponibilità della struttura ed eventualmente della necessità di un trasferimento presso altro reparto o nosocomio. È chiaro che qualora i tempi non fossero sufficienti per un'ideale informazione preventiva, si potrebbe riconoscere la condizione di "stato di necessità" stabilita dall'art. 54 c.p. (Capitolo 8).

### **Documentazione sanitaria**

Il sanitario è obbligato, seppure in un secondo momento, considerata l'urgenza, a compilare la documentazione sanitaria necessaria e idonea alla prestazione effettuata (verbale di Pronto soccorso, foglio di intervento, scheda di osservazione, cartella clinica, certificazioni mediche).

La documentazione che, invece, non dovrebbe mai essere posticipata è quella finalizzata alla comunicazione con i colleghi specialisti del reparto presso il quale si intende trasferire il paziente

---

<sup>48</sup>Turnazioni stressanti possono procurare stanchezza e disattenzione.

(bisogna evitare una comunicazione esclusivamente orale, che può causare fraintendimenti ed errori), onde garantire la continuità assistenziale. Si ricorda, a tal fine, che alcuni sintomi evidenziabili dal medico accettante potrebbero non esserlo più dopo il trasferimento, e che ciò rende pertanto indispensabile una buona documentazione per fornire informazioni dettagliate ai sanitari riceventi. È evidente, in ogni caso, che qualunque sia l'ipotesi diagnostica descritta dal medico di Pronto soccorso (o genericamente dal medico accettante), questa deve essere sempre vagliata dallo specialista coinvolto, giacché potrebbe venire meno la cosiddetta teoria dell'affidamento, dal momento che non ci si può attendere da un medico generico o di altra specializzazione, quale potrebbe essere quello del Pronto soccorso, una diagnosi precisa.

Ove necessario, il sanitario ha anche l'obbligo di assolvere ai doveri di informativa mediante denuncia, notifica e certificazione (si veda oltre e Capitolo 10).

### **Il reato di rifiuto di atti d'ufficio e omissione nella gestione delle urgenze**

Il medico di Pronto soccorso riveste la qualifica giuridica di pubblico ufficiale e pertanto, ai sensi dell'art. 328 c.p., il diniego di qualsiasi prestazione richiesta comporta gravi rischi di responsabilità, anche quando l'intervento preteso possa risultare obiettivamente non urgente, per il solo fatto che può diventare giustificabile in quanto esprime un'urgenza soggettiva. In ambito sanitario, infatti, le ragioni che rendono indilazionabile l'atto d'ufficio riguardano sia la salute fisica sia quella psichica del cittadino. Il medico è titolare dell'obbligo giuridico di impedire il concretizzarsi di eventi dannosi per il paziente, e quindi di compiere ogni intervento tempestivo atto a salvarlo. Nei casi in cui egli non riconosca l'urgenza, non intervenga per tempo, non richieda (ove necessario) l'intervento di altri specialisti o non ravvisi la necessità del ricovero, può incorrere nel suddetto reato di rifiuto d'atti di ufficio e omissione. È possibile comunque che, in alcuni casi, nonostante sia evidente una condotta colpevole del sanitario nell'omettere il ricovero di fronte a condizioni del paziente molto indicative di un'elevata probabilità di morte imminente, vi sia un'assoluzione quando non sia possibile, con «sufficiente grado di certezza, identificare la derivazione causale tra la morte e il mancato ricovero», non essendo dimostrabile con quasi certezza che un trattamento terapeutico alternativo avrebbe potuto salvargli la vita o comunque ridurre il pericolo di vita (sent. Cass. Sez. IV, 28 settembre 2000, n. 1688)<sup>49</sup>.

### **Responsabilità di équipe in emergenza-urgenza**

Nell'area di emergenza, l'attività di diagnosi e terapia medico-chirurgica è nella maggior parte dei casi tipicamente di équipe. Trattandosi pertanto di un'attività medica resa da più professionisti, contemporaneamente o in successione<sup>50</sup>, il problema fondamentale che si pone in caso di ipotesi di lesioni colpose legate alla cura del paziente, è quello dell'individuazione di un valido criterio per l'attribuzione delle singole responsabilità. Rimandando per i dettagli sull'argomento al paragrafo dedicato (*I professionisti sanitari e la loro responsabilità autonoma ed in équipe*), qui si ricorda solamente che per

<sup>49</sup>Citata in: Appendino, E. et al., 2006. Responsabilità civile penale e cartella clinica nell'attività medico chirurgica. Giappichelli G. Ed., Torino. p. 203.

<sup>50</sup>Ove intendiamo non solo medici turnisti (che operano sullo stesso paziente seppure in momenti diversi) e medici che operano in reparti differenti nei quali transita il paziente (per esempio, Pronto soccorso e Chirurgia generale), ma anche medico curante e medici dell'ospedale e/o specialisti.

l'attuale Giurisprudenza la tesi più seguita è quella della teoria dell'affidamento, secondo cui è sempre indispensabile identificare le funzioni non solo operative, ma anche organizzative, a carico di ciascun professionista, il ruolo (per esempio, direttore di struttura complessa<sup>51</sup>, medico subordinato, infermiere professionista) e la specializzazione. È tuttavia importante ricordare che, nonostante valga il principio dell'affidamento, la Giurisprudenza non esclude, ma viceversa riconosce, la responsabilità anche degli altri sanitari, qualora l'errore *causa del danno* possa essere riconoscibile anche da un medico di media preparazione. Bisogna considerare pure la possibilità che da parte di uno dei collaboratori non vi sia una condivisione nella scelta del capo équipe rispetto a una prestazione. In questi casi, considerati i tempi molto ristretti, è evidente che non ci si può attendere un atteggiamento di rifiuto da parte del sanitario dissenziente (ciò, infatti, potrebbe far scaturire altre forme di reato, come l'omissione di soccorso o di atti d'ufficio). Pur tuttavia, nel caso in cui si riconoscesse una condotta colposa da parte del capo équipe e da questa ne derivasse un danno al paziente, ove il dissenso non sia stato manifestato in modo chiaro (per esempio, trascritto in cartella), tutti i professionisti sarebbero considerati responsabili del danno. In tali casi «dovrà dunque valutarsi con estremo rigore la sussistenza di un'adesione scientemente consapevole e condivisa, rispetto ad una collaborazione passiva ed indotta, assorbita in un dissenso non manifestato, né agevolmente manifestabile – per i tempi ristretti e l'autorevolezza del responsabile – alla via clinica suggerita dal predetto capo équipe» (Argo A. et al, 2009).

## MEDICO DI MEDICINA D'URGENZA E NORME IN MATERIA DEL DELITTO DI VIOLENZA SESSUALE E MALTRATTAMENTO DI MINORI

Antonina Argo, Michele Zagra

La violenza sessuale e il maltrattamento dei minori costituiscono un problema mondiale ancora non sufficientemente riconosciuto e denunciato. Da alcuni decenni, in relazione alla maggiore attenzione e consapevolezza dei diritti inviolabili della persona, anche nel nostro Paese si è registrato un crescente interesse e controllo di tali fenomeni da parte delle organizzazioni politiche, sanitarie e sociali che ne hanno favorito la parziale emersione, mettendone in luce l'incidenza, la progressiva diffusione e le dimensioni inquietanti. Nella nostra cultura la famiglia è generalmente identificata come un luogo di protezione, dove le persone cercano amore, sicurezza e riparo, ma, come mostrano le evidenze, essa a volte è anche un luogo dove è perpetrata la violenza. Secondo recenti studi epidemiologici nazionali, infatti, il fenomeno della violenza sessuale e il maltrattamento dei minori si sviluppano soprattutto nell'ambito dei rapporti familiari, coinvolgendo vittime di ogni estrazione sociale, di ogni livello culturale, sia pure in forme e proporzioni differenti, provocando danni fisici e gravi conseguenze sulla salute mentale. Questi fenomeni violenti si presentano generalmente come una combinazione di violenza fisica, sessuale, psicologica ed economica, con episodi che si ripetono nel tempo e tendono ad assumere forme di gravità sempre maggiori. Di recente (D.L. 23 febbraio 2009, n. 11) il diritto ha ampliato gli ambiti di tutela dei diritti inviolabili della persona con l'introduzione di una nuova figura di reato «*Atti persecutori*» (cosiddetto “reato di stalking”<sup>52</sup>, art. 612-bis c.p.). Il delitto è punito a querela

<sup>51</sup>Ex primario.

<sup>52</sup>Minaccia o molestia tale da cagionare un perdurante e grave stato di ansia o di paura, da ingenerare un fondato timore per l'incolumità propria o di un prossimo congiunto o di persona a cui si è legati da relazione affettiva, da costringere ad alterare le proprie abitudini di vita.

della persona offesa (il termine per la proposizione della querela è di sei mesi), ma si procede d'ufficio (dove l'obbligo di segnalazione dei sanitari) se il fatto è commesso nei confronti di un minore o di una persona con disabilità, nonché quando il fatto è connesso con altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio. Il reato (salvo che il fatto ne costituisca uno più grave) è punito con la reclusione da sei mesi a quattro anni. La pena è aumentata se il fatto è commesso dal coniuge legalmente separato o divorziato o da persona che sia stata legata da relazione affettiva alla persona offesa. È aumentata fino alla metà se il fatto è commesso a danno di un minore, di una donna in stato di gravidanza o di una persona con disabilità di cui all'art. 3, legge 104/1992 (*Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*, pubblicata in G.U. 17 febbraio 1992, n. 39, S.O.) ovvero con armi o da persona travisata.

---

## DELITTO DI VIOLENZA SESSUALE

La violenza sessuale è un crimine che consiste in atti sessuali compiuti con violenza e senza il consenso della vittima. In Italia, la vigente normativa in tema di abuso sessuale riflette, inevitabilmente, i processi sociali e culturali che hanno fatto da sfondo a questo fenomeno (Marchetti et al, 2000). La legge 66/1996, recante le norme contro la violenza sessuale, ha conferito un particolare rilievo ai reati sessuali, che sono stati rimossi dal novero dei delitti di «reato contro la morale e il buon costume» per essere collocati nei «reati contro la persona e contro la libertà individuale» e, quindi, anche contro la libertà sessuale intesa come libera disponibilità del proprio corpo ai fini sessuali. La più importante innovazione è rappresentata dall'unificazione dei reati di violenza carnale e di atti di libidine violenta sotto la più generica fattispecie di reato di violenza sessuale, e dall'introduzione della nozione onnicomprensiva di atti sessuali, ovvero sia di qualsiasi atto finalizzato alla soddisfazione del desiderio sessuale.

La rilevazione, la diagnosi, la presa in carico e il trattamento dell'abuso sessuale delle vittime costituiscono problemi complessi in cui si intrecciano aspetti medici, psicologici, sociali e giuridici. Ciò rende indispensabile il coinvolgimento di più figure professionali, con l'adozione di un linguaggio e di una modalità di intervento comuni e condivisibili. La diagnosi di violenza/abuso sessuale è, infatti, una diagnosi complessa che richiede un approccio multidisciplinare<sup>53</sup>. La problematica che deve, pertanto, affrontare un medico di Pronto soccorso nel trattamento di un caso di violenza sessuale è molto complessa. Gli aspetti da considerare di fronte a una vittima di violenza sessuale sono molteplici e tutti di rilevante importanza. Il medico deve curare con adeguata disponibilità mentale tutti i risvolti fisici, psichici, etici e legali che un tale evento innesca<sup>54</sup>. In tale ambito l'accoglienza riveste un ruolo rilevante e il medico deve:

- mostrare notevole empatia (ricordando di essere medico e non giudice);
- evitare i giudizi e i pregiudizi che potrebbero ostacolare una buona comunicazione;

---

<sup>53</sup>È noto che una diagnosi solo medica è raramente possibile: nella letteratura internazionale è infatti riportato che il 50-90% di donne e minori vittime di abuso sessuale accertato presentano reperti genitali e/o anali non specifici se non addirittura normali. La soluzione di molti casi di sospetta violenza sessuale presuppone, pertanto, non solo conoscenze anatomo-cliniche specialistiche e approfondite, ma anche una particolare competenza medico-legale al fine di acquisire le eventuali prove del reato consumato.

<sup>54</sup>I sentimenti comunemente descritti al momento della violenza comprendono: shock emotivo, paura di ferite o di morte (talvolta paralizzante), sensazione di spiccata perdita del controllo della propria vita.



**BOX 3.3 SEQUENZA DELLE PROCEDURE ASSISTENZIALI E MEDICO-LEGALI NEI CASI DI VIOLENZA SESSUALE**

- Accoglienza e stabilizzazione di ogni condizione pericolosa per la vita
- Accurata anamnesi
- Attento esame obiettivo generale e locale
- Esecuzione di prelievi multipli (vaginali, anali, orali)
- Prelievo ematico
- Repertazione degli indumenti
- Profilassi delle malattie sessualmente trasmissibili
- Certificazione e/o refertazione
- Decisione di ricovero o dimissione
- Programmazione del follow-up

- ricordare che il suo fine è curare e prevenire eventuali conseguenze correlate alla violenza subita;
- raccogliere le eventuali tracce utili in sede processuale.

Rivestono particolare importanza, per le implicazioni medico-legali che ne possono derivare, indipendentemente dalle procedure finalizzate alla diagnosi e cura delle lesioni subite dalla vittima e alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, le attività rivolte alla:

- diagnosi della violenza sessuale;
- completa descrizione delle lesioni subite;
- eventuale identificazione dell'aggressore a partire dalle tracce biologiche lasciate sugli indumenti e/o sul corpo della vittima.

Onde prevenire eventuali responsabilità di omissione, nel Box 3.3 si riporta la sequenza delle operazioni (procedure) da espletare in corso di intervento medico nei casi di violenza sessuale.

La violenza sessuale deve essere sempre considerata come urgenza nel momento in cui la vittima giunge al Pronto soccorso, in area triage. Bisogna subito assicurarsi che i parametri vitali siano stabili e che non vi siano lesioni pericolose per la vita, tali da richiedere l'immediata messa in atto delle procedure di rianimazione. Il trattamento delle altre ferite e lesioni deve essere effettuato nei tempi appropriati (relativamente allo stato della vittima e ai riscontri diagnostici).

La complessità dei casi di violenza sessuale impone una particolare accuratezza nella produzione della documentazione sanitaria, finalizzata alla raccolta dell'anamnesi, nella descrizione degli indumenti e delle eventuali lesioni traumatiche, partendo dai distretti corporei non direttamente coinvolti nell'atto sessuale (per esempio, ecchimosi figurate o escoriazioni da unghia, abrasioni e ferite lacero-contuse a livello degli arti superiori e/o della faccia anteriore degli arti inferiori, lesioni da colpi contundenti al capo, segni di imbavagliamento, segni di costrizione alle caviglie e ai polsi, ustioni, alopecia traumatica, segni di somministrazione endovenosa di sostanze, segni generici di abbandono e/o maltrattamento)<sup>55</sup> per procedere, successivamente, all'esame

<sup>55</sup>Questo momento può rappresentare un elemento di rilievo medico-legale, spesso superiore allo stesso esame obiettivo locale, poiché la minuziosa ed esatta localizzazione e descrizione delle lesioni riscontrate offrono un contributo notevole come fondamentale elemento di giudizio in sede legale: sull'avvenuta violenza sessuale, sulla ricostruzione della dinamica dell'evento, sul riscontro della veridicità (a supporto dei fatti raccontati dalla vittima in confronto a quanto affermato dagli eventuali indagati).

dell'area direttamente coinvolta. L'esame obiettivo locale deve essere accurato e deve coinvolgere le figure specialistiche appropriate (il ginecologo, il pediatra ecc.). Le regioni da indagare sono: la regione genitale, la regione perianale e anale, la regione orale. Le lesioni devono essere descritte dettagliatamente<sup>56</sup> e, ove possibile, documentate mediante riproduzione iconografica<sup>57</sup> al fine di raccogliere la *prova biologica*, fondamentale nel successivo *iter* giudiziario (in quanto probante della violenza patita).



**Attenzione!** Bisogna sempre richiedere il consenso della vittima prima di effettuare qualunque intervento. In caso di rifiuto, bisogna astenersi dal procedere alla visita. Ciò vale anche se la richiesta è formulata dalle Forze dell'Ordine che spesso accompagnano la vittima.

L'anamnesi<sup>58</sup> deve essere dettagliata e la raccolta delle notizie sull'accaduto deve essere attenta agli eventuali risvolti medico-legali, con particolare ricerca dei dati che rendono il reato di violenza sessuale perseguibile d'ufficio. La minuziosa trascrizione delle notizie anamnestiche riveste particolare importanza per l'eventuale ricostruzione della dinamica dell'evento e l'individuazione dell'aggressore (circostanze dell'aggressione, data, ora, luogo, elementi idonei all'identificazione dell'autore del delitto, analoghi episodi in passato e relative circostanze, modalità della violenza, che cosa è successo dal momento della violenza alla visita attuale<sup>59</sup>, anamnesi medica pregressa pertinente<sup>60</sup> e anamnesi ostetrico-ginecologica<sup>61</sup>).

I sanitari operanti in area di emergenza-urgenza, sulla scorta dell'anamnesi vittimologica e dei dati dell'aggressore, possono opportunamente indirizzare le Forze dell'Ordine all'acquisizione di oggetti, indumenti e altro, che possono divenire reperti essenziali ai fini dello svolgimento delle indagini e della costituzione della prova giudiziaria. L'eventuale rinvenimento, la conservazione e l'adeguata documentazione di tutti i reperti di interesse forense è ulteriormente rafforzata dal fatto che, non raramente, l'esame obiettivo della vittima di violenza sessuale può risultare assai scarso, se non addirittura nullo.

Spesso, purtroppo, la vittima di violenza sessuale giunge tardivamente all'osservazione dei sanitari, sì da non poter documentare eventuali lesioni traumatiche recenti (lacerazioni, ecchimosi a carico dell'area genitale e/o segni di violenza fisica perpetrati dall'aggressore) e raccogliere reperti fondamentali per il prosieguo delle indagini. Talora, invece, la negatività o la non specificità dell'esame obiettivo è da addebitare all'inesperienza dell'operatore sanitario (lesioni traumatiche erroneamente inquadrate come lesioni flogistiche, anomalie anatomiche), fonte di clamorosi errori valutativi, con inevitabili ripercussioni giudiziarie.

<sup>56</sup>L'esame ginecologico deve valutare: grandi e piccole labbra, perineo, forchetta, imene (forma, margini, sangue, ecchimosi), vagina, collo dell'utero e annessi, ano (aspetti, bordi, fissurazioni, sangue, ecchimosi).

<sup>57</sup>Quando è possibile, previo consenso della vittima, può risultare utile fotografare le lesioni destinate a sparire nel tempo.

<sup>58</sup>In caso di vittima di sesso femminile, è utile raccogliere l'anamnesi alla presenza di personale infermieristico possibilmente di sesso femminile. In caso di minori, si consiglia di eseguire l'anamnesi alla presenza di una persona rassicurante (infermiera se soggetto di sesso femminile) o del genitore, se la vittima lo richiede o lo preferisce. Bisogna tuttavia ricordare che, in caso di violenze sessuali subite dai minori in ambito familiare, l'anamnesi può essere falsata dall'eventuale presenza della madre.

<sup>59</sup>Per esempio, eventuale cambio di indumenti, lavaggi ecc.

<sup>60</sup>Eventuale uso di droghe o di sostanze alcoliche.

<sup>61</sup>Ultima mestruazione, recenti lesioni anali o perianali, recenti procedure o terapie mediche, rapporti sessuali consenzienti nelle precedenti 72 ore, eventuale uso di contraccettivi.

La valutazione sanitaria deve essere corredata da eventuali dati di laboratorio (studio di eventuali tracce repertate su indumenti e sull'area genito-ale<sup>62</sup>, prelievo di secrezioni biologiche presenti nelle cavità naturali e di campioni biologici al fine di evidenziare l'eventuale contagio di malattie sessualmente trasmissibili<sup>63</sup>, test tossicologici in base al racconto della vittima, test di gravidanza nei soggetti di sesso femminile in età fertile<sup>64</sup>) e da un'indagine ampia che comprende, oltre all'esame fisico della vittima, anche un attento e minuzioso esame dei luoghi, dei fatti, di tutte le possibili prove.

È inoltre importante, ovviamente, effettuare tutti gli esami strumentali ritenuti necessari per la più ampia e corretta identificazione delle lesioni generali subite (radiografie, ecografie, esami chimico-fisici ecc.).

L'accertamento sanitario volto a dimostrare la violenza subita si complica laddove l'esame fisico risulti completamente negativo, assumendo in questi casi particolare importanza il ruolo della testimonianza della vittima, unico indizio per l'esistenza del reato<sup>65</sup>. La definizione di abuso è, infatti, ampia e non necessariamente connessa a *violenza* oggettivabile, ragion per cui l'esame si sposta necessariamente sul versante psicologico-comportamentale. Il quadro investigativo-probatorio così delineato diviene più complesso nel caso del minore. Numerose, infatti, sono le difficoltà insite nella valutazione delle accuse di abuso sessuale a danno di minori. Sebbene la testimonianza del minore possa costituire un'utile fonte per una ricostruzione storica dei fatti, essa non può di certo rappresentare l'unico elemento su cui basare le indagini o l'esito del processo, dovendosi, attraverso verifiche incrociate, cercare anche altre risultanze o prove che possano eventualmente confermarla. Nella valutazione possono infatti entrare in gioco sentimenti e preconcetti personali a fronte di pochi elementi obiettivi e prove concrete. I possibili errori valutativi o false interpretazioni possono dipendere sia da fattori legati alla presunta vittima (età, natura del rapporto con le figure genitoriali, valutazione dell'attendibilità e della credibilità della testimonianza), sia dalla natura equivoca degli indicatori psico-comportamentali, sia da errori degli specialisti durante la fase dell'intervista attraverso la contaminazione del racconto libero e spontaneo del minore o della successiva interpretazione dei dati a disposizione (erronea discriminazione tra verità, menzogne e false credenze). L'importanza di una corretta e professionale valutazione del minore e delle sue dichiarazioni, richiamata dalle principali società scientifiche internazionali e nazionali del settore, presuppone rigore metodologico e validità scientifica, non solo al fine di rendere gli interventi relativi ai casi di presunto o reale abuso sempre più adeguati ed efficaci (metodologie

<sup>62</sup>Prelievi per la ricerca di spermatozoi nei genitali esterni, nei fornici vaginali, nel canale cervicale, nel cavo orale, nel canale anale e in qualunque sede sia opportuno, in base al racconto della vittima. Nei casi in cui l'aggressore può avere depositato saliva in qualche sede corporea, è opportuno effettuare prelievi con un tampone bagnato con fisiologica sterile. In caso di riscontro di peli di probabile appartenenza dell'aggressore è utile reperarli, così come gli indumenti in cui possano sussistere prove biologiche. Il tutto va conservato in buste etichettate (con numero progressivo del modello e/o referto di Pronto soccorso ovvero le generalità della vittima; tipo, sede, data del prelievo; nominativo di colui che lo ha eseguito) e sigillate in ambiente idoneo (frigorifero a  $-4^{\circ}\text{C}$ ), per un tempo minimo di sei mesi dal momento della visita (è consigliabile prolungare tale periodo ad almeno un anno).

<sup>63</sup>Prelievi ematici: VDRL-TPHA, HSV I-II (IgG-IgM), HbsAg, HCV, HIV. Esame batteriologico vaginale. Un controllo relativo alle malattie trasmissibili sessualmente, subito dopo la violenza (entro 3 giorni) e a distanza di tempo, è importante per la paziente: sia dal punto di vista medico, sia dal punto di vista psicologico.

<sup>64</sup>Nei casi in cui vi sia stata eiaculazione (anche solo dubbia), bisogna sempre ricordarsi della possibile conseguente gravidanza e informare la donna degli eventuali provvedimenti disponibili (da intraprendere entro 72 ore dall'evento) e delle conseguenti implicazioni bioetiche.

<sup>65</sup>Preliminarmente al vero esame fisico, è necessario un corretto inquadramento psicologico della vittima. Particolare importanza riveste la valutazione dello stato di coscienza, del livello di vigilanza, di eventuali comportamenti psicopatologici, di ambivalenze comportamentali e/o affettive ecc.

basate su evidenze scientifiche), ma anche in funzione della necessità di evitare i molteplici errori che potrebbero avere pesantissime ricadute sulla vita dei diversi soggetti coinvolti in tali procedure legali a prescindere dalla *prova*, e quindi dalla certezza che vi sia stato o no un abuso. A tal proposito, la Carta di Noto contenente le *Linee guida per l'esame del minore in caso di abuso sessuale*, elaborata nel 1996 da un gruppo autorevole di psicologici, criminologi e giuristi, e revisionata nel luglio 2002, contiene precise indicazioni dirette a:

- garantire l'attendibilità dei risultati degli accertamenti tecnici e la genuinità delle dichiarazioni delle presunte vittime attraverso l'intervento di professionisti adeguatamente e specificatamente formati (utilizzo di metodologie e criteri riconosciuti affidabili dalla comunità scientifica);
- esplicitare i modelli utilizzati, così da permettere la valutazione critica dei risultati;
- assicurare al minore il migliore sostegno psicologico nel rispetto dei principi costituzionali del giusto processo.

Il punto più importante del documento, meritevole di segnalazione, consiste nell'evidenziazione che la valutazione psicologica non può avere a oggetto l'accertamento dei fatti per cui si procede. Con ciò si intende che quanto raccolto dalle dichiarazioni dei minori deve servire a chiarire al Giudice se il minore è idoneo (oppure non idoneo) a rendere testimonianza, ma che non è di competenza del perito valutare l'attendibilità delle dichiarazioni del minore (compito di esclusiva pertinenza del Giudice e non delegabile al perito). Questo aspetto è stato recentemente sottolineato nella sentenza della Cassazione n. 9811/2007. La Carta di Noto prevede inoltre una serie di misure poste a garanzia del minore.



**Attenzione!** Sul certificato di Pronto soccorso (da stilare nei casi perseguibili a querela di parte<sup>66</sup>), oltre a quanto già previsto per la certificazione (si veda oltre e Capitolo 4), devono essere riportati: la natura e il numero dei prelievi biologici eseguiti, tutte le informazioni necessarie per identificare la persona e/o la struttura incaricata della conservazione.

## Referto/rapporto nel delitto di violenza sessuale

Il delitto di violenza sessuale (art. 609-*bis* c.p.) è punibile a querela della persona offesa e il termine della sua proposizione è di sei mesi, salvo quanto previsto dall'art. 597, comma 3 c.p.<sup>67</sup> (art. 609-*septies*, comma 1 e 2 c.p.). La querela proposta è irrevocabile (art. 609-*septies*, comma 3 c.p.). Sono tuttavia previsti casi di procedibilità d'ufficio (art. 609-*septies*, comma 4 c.p.) con obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria (referto/rapporto).

Si procede d'ufficio:

- se il fatto di cui all'articolo 609-*bis* è commesso nei confronti di persona che al momento del fatto non ha compiuto gli anni diciotto;
- se il fatto è commesso dall'ascendente, dal genitore, anche adottivo, o dal di lui convivente, dal tutore ovvero da altra persona cui il minore è affidato per ragioni di cura, di

<sup>66</sup>Nei casi procedibili d'ufficio vi è obbligo di referto/rapporto.

<sup>67</sup>Art. 597, comma 3 c.p.: «Se la persona offesa muore prima che sia decorso il termine per proporre la querela, o se si tratta di offesa alla memoria di un defunto, possono proporre querela i prossimi congiunti, l'adottante e l'adottato. In tali casi, e altresì in quello in cui la persona offesa muoia dopo avere proposta la querela, la facoltà indicata nel capoverso dell'articolo precedente spetta ai prossimi congiunti, all'adottante e all'adottato».

educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia o che abbia con esso una relazione di convivenza<sup>68</sup>;

- se il fatto è commesso da un pubblico ufficiale o da un incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle proprie funzioni;
- violenza sessuale di gruppo (609-*octies*);
- se il fatto è connesso con un altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio;
- atti sessuali compiuti con minore di anni dieci (art. 609-*quater*, comma 4)
- se il fatto è commesso nell'ipotesi di cui all'articolo 609-*quater*, ultimo comma<sup>69</sup>.

L'evoluzione normativa delineata dalla legge di riforma in tema di abuso sessuale si completa con quanto previsto a seguito dell'entrata in vigore della legge 3 agosto 1998, n. 269 (*Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù*. Legge pubblicata in G.U. 10 agosto 1998, n. 185) e con quanto indicato dalla legge 38/2006 (*Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet*. Legge pubblicata in G.U. 15 febbraio 2006, n. 38), lungo un percorso di tutela della libertà sessuale, sempre in un'ottica di salvaguardia del corretto e sano sviluppo psicofisico della persona fin dalle prime fasi della vita (Lorusso et al., 2007). Ai sensi della legge 269/1998, art. 2, vi è obbligo per gli incaricati di pubblico servizio e i pubblici ufficiali che hanno avuto notizia di un minore di 18 anni che esercita la prostituzione, di darne comunicazione alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni.

Altre modifiche che allargano lo spettro delle condotte punibili riguardano l'utilizzazione (e non più soltanto lo *sfruttamento*) del minore per la realizzazione di esibizioni pornografiche o la produzione di materiale pornografico, in modo da non limitare la repressione ai soli casi di produttori commercialmente organizzati, nonché l'offerta e l'induzione del minore alla partecipazione a esibizioni pornografiche (art. 600-*ter* c.p.) e l'introduzione del reato di pornografia virtuale (art. 600-*quater*, 1 c.p.).

Per un maggiore approfondimento dei risvolti medico-legali in tema di abuso sessuale e degli obblighi di informativa all'autorità giudiziaria, nel Box 3.4 si riportano gli specifici articoli del Codice penale.



**Attenzione!** È possibile che l'autorità giudiziaria, sia essa rappresentata dal Pubblico ministero o dagli Organi di Polizia giudiziaria (autonomamente o dietro delega specifica per le indagini), nomini (ex art. 348 c.p.p.) un medico come "collaboratore (o anche ausiliario) di polizia giudiziaria".

L'ufficio di ausiliario è obbligatorio e si concreta nella risposta tecnica ai quesiti posti dall'autorità giudiziaria o, anche, nel caso in cui esista il pericolo di modificazione o dispersione dello stato dei luoghi o delle cose e delle tracce pertinenti al reato (ex art. 354 c.p.p.), nel compiere rilievi, accertamenti o operazioni di natura tecnica. In caso di rifiuto del medico all'ufficio di ausiliario di Polizia giudiziaria è previsto il reato di «*inosservanza di provvedimento dell'autorità*» (ex art. 650 c.p.), se non addirittura, in caso in cui ricopra la funzione di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio (come nel caso del medico di Pronto soccorso), quello di «*rifiuto di atti di ufficio*» (ex. art. 328 c.p.).

Nel caso in cui tali operazioni prevedano interventi invasivi della sfera della libertà fisica e morale dell'individuo, è necessario acquisire il consenso della persona. Nel caso di minori, il consenso deve essere dato dal legale rappresentante: entrambi i genitori oppure il tutore nominato dal Giudice tutelare.

<sup>68</sup>«[...] allorché autore sia il genitore e altro soggetto legato al minore dai suddetti vincoli, essa viene estesa a qualsiasi atto sessuale anche non violento, commesso in suo danno, di cui all'art. 609 quater.» (Cass. pen. Sez. III, 26 febbraio 1999.)

<sup>69</sup>Art. 609-*quater* (*Atti sessuali con minorenne*): «[...] Si applica la pena di cui all'articolo 609-*ter*, secondo comma, se la persona offesa non ha compiuto gli anni dieci».

**BOX 3.4 ARTICOLI DEL CODICE PENALE IN TEMA DI ABUSO SESSUALE****Art. 609-bis (Violenza sessuale)**

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.

**Art. 609-ter (Circostanze aggravanti)**

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 di sostanze alcoliche, narcotiche o stupefacenti o di altri strumenti o sostanze gravemente lesivi della salute della persona offesa;
3. da persona travisata o che simuli la qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio;
4. su persona comunque sottoposta a limitazioni 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.

**Art. 609-quater (Atti sessuali con minorenne)**

Soggiace alla pena stabilita dall'articolo 609-bis chiunque, al di fuori delle ipotesi previste in detto articolo, compie atti sessuali con 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, o il di lui convivente, il tutore, ovvero altra persona cui, per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia, il minore è affidato o che abbia, con quest'ultimo, una relazione di convivenza.

Al di fuori delle ipotesi previste dall'articolo 609-bis, l'ascendente, il genitore, anche adottivo, o il di lui convivente, o il tutore che, con l'abuso dei poteri connessi alla sua posizione, compie atti sessuali con persona minore che ha compiuto gli anni sedici, è punito con la reclusione da tre a sei anni.

Non è punibile il minorenne che, al di fuori delle ipotesi previste nell'articolo 609-bis, compie atti sessuali con un minorenne 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.

**Art. 609-quinquies (Corruzione di minorenne)**

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.

**Art. 609-sexies (Ignoranza dell'età della persona offesa)**

Quando i delitti previsti negli articoli 609-bis, 609-ter, 609-quater e 609-octies sono commessi in danno di persona minore di anni quattordici, nonché nel caso del delitto di cui all'articolo 609-quinquies, il colpevole non può invocare, a propria scusa, l'ignoranza dell'età della persona offesa.

**Art. 609-septies (Querela di parte)**

I delitti previsti dagli articoli 609-bis, 609-ter e 609-quater sono punibili a querela della persona offesa.

Salvo quanto previsto dall'articolo 597, terzo comma, il termine per la proposizione della querela è di sei mesi.

La querela proposta è irrevocabile.

Si procede tuttavia d'ufficio:

1. se il fatto di cui all'articolo 609-bis è commesso nei confronti di persona che al momento del fatto non ha compiuto gli anni diciotto;

2. se il fatto è commesso dall'ascendente, dal genitore, anche adottivo, o dal di lui convivente, dal tutore ovvero da altra persona cui il minore è affidato per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia o che abbia con esso una relazione di convivenza;
3. se il fatto è commesso da un pubblico ufficiale o da un incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle proprie funzioni;
4. se il fatto è connesso con un altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio;
5. se il fatto è commesso nell'ipotesi di cui all'articolo 609-*quater*, ultimo comma.

#### **Art. 609-*octies* (Violenza sessuale di gruppo)**

La violenza sessuale di gruppo consiste nella partecipazione, da parte di più persone riunite, ad atti di violenza sessuale di cui all'articolo 609-*bis*.

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

La pena è aumentata 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 o 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 dal terzo comma dell'art. 112.

#### **Art. 609-*nonies* (Pene accessorie e altri effetti penali)**

La condanna o l'applicazione della pena su richiesta delle parti ai sensi dell'art. 444 c.p.p. per alcuno dei delitti previsti dagli articoli 609-*bis*, 609-*ter*, 609-*quater*, 609-*quinqües* e 609-*octies* comporta:

1. la perdita della potestà del genitore, quando la qualità di genitore è elemento costitutivo o circostanza aggravante del reato;
2. l'interdizione perpetua da qualsiasi ufficio attinente alla tutela e alla curatela;
3. la perdita del diritto agli alimenti e l'esclusione dalla successione della persona offesa.

La condanna o l'applicazione della pena su richiesta delle parti a norma dell'art. 444 del c.p.p., per alcuno dei delitti previsti dagli articoli 609-*bis*, 609-*ter* e 609-*octies*, se commessi nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni diciotto, 609-*quater* e 609-*quinqües*, comporta in ogni caso l'interdizione perpetua da qualunque incarico nelle scuole di ogni ordine e grado nonché da ogni ufficio o servizio in istituzioni o in altre strutture pubbliche o private frequentate prevalentemente da minori.

#### **Art. 609-*decies* (Comunicazione dal Tribunale per i minorenni)**

Quando si procede per alcuno dei delitti previsti dagli articoli 600, 600-*bis*, 600-*ter*, 600-*quinqües*, 601, 602, 609-*bis*, 609-*ter*, 609-*quinqües* e 609-*octies* commessi in danno di minorenni, ovvero per il delitto previsto dall'articolo 609-*quater*, il Procuratore della Repubblica ne dà notizia al tribunale per i minorenni.

Nei casi previsti dal primo comma, l'assistenza affettiva e psicologica della persona offesa minorenni è assicurata, in ogni stato e grado di procedimento, dalla presenza dei genitori o di altre persone idonee indicate dal minorenni e ammesse dall'autorità giudiziaria che procede.

In ogni caso al minorenni è assicurata l'assistenza dei servizi minorili dell'amministrazione della giustizia e dei servizi istituiti dagli enti locali.

Dei servizi indicati nel terzo comma si avvale altresì l'autorità giudiziaria in ogni stato e grado del procedimento.

#### **Art. 600-*bis* (Prostituzione minorile)**

Chiunque induce alla prostituzione una persona di età inferiore agli anni diciotto ovvero ne favorisce o sfrutta la prostituzione è punito con la reclusione da sei a dodici anni e con la multa da euro 15.493 a euro 154.937.

Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque compie atti sessuali con un minore di età compresa tra i quattordici e i diciotto anni, in cambio di denaro o di altra utilità economica, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa non inferiore a euro 5.164.

Nel caso in cui il fatto di cui al secondo comma sia commesso nei confronti di persona che non abbia compiuto gli anni sedici, si applica la pena della reclusione da due a cinque anni.

Se l'autore del fatto di cui al secondo comma è persona minore di anni diciotto si applica la pena della reclusione o della multa, ridotta da un terzo a due terzi.

## Maltrattamento di minori e altre ipotesi di reato che colpiscono soggetti fragili

Attengono al campo di osservazione delle professioni sanitarie altre previsioni di reato contemplate dal Codice penale nel novero dei delitti contro l'assistenza familiare (Capo IV, Libro II, Titolo XI). Si tratta delle previsioni di «*abuso dei mezzi di correzione o di disciplina*», ex art. 571 c.p., e a seguire, art. 572, «*maltrattamenti in famiglia o verso i fanciulli*». Queste ipotesi di reato impongono al sanitario un'adeguata conoscenza delle possibili realtà nosografiche e una competenza sulle modalità della loro segnalazione all'autorità giudiziaria (anche per l'opportuna presa in carico dei soggetti in raccordo con operatori sociali). Il delitto di maltrattamenti, contemplato dall'art. 572 c.p., nei confronti di «[...] *una persona della famiglia o un minore degli anni quattordici o una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte [...]*» é, infatti, perseguibile d'ufficio. Tale delitto consiste in azioni e omissioni reiterate, che ledono o pongono in pericolo la libertà personale, l'onore, il decoro ed eventualmente anche l'incolumità. In questi casi, la condotta punibile comprende una pluralità di atti (numerosi e/o abitudinari) vessatori e lesivi dell'integrità fisica o del decoro, oppure degradanti fisicamente o moralmente per la persona che li subisce, che possono avere carattere commissivo (percosse, minacce, violenze, ingiurie, sevizie ecc.) oppure, ancora, omissivo, come la deprivatione di cibo o di altri beni indispensabili. Le conseguenze di tali comportamenti sulla vittima sono di tipo fisico e psicologico. Le manifestazioni somatiche (ecchimosi, ematomi multipli, piccole ferite da taglio, ustioni da sigaretta ecc.) hanno generalmente una prognosi favorevole e migliorano con adatta terapia. Molto più serie sono invece, spesso, le ripercussioni sulla psiche e sulla personalità del minore che conserva a lungo l'aspetto terrorizzato e sofferente, con effetti anche a distanza sullo sviluppo mentale e caratteriale, oltre a un possibile innesco di tendenze antisociali.

I professionisti sanitari devono porre altrettanta attenzione allorché si concretizza il reato di *Abuso dei mezzi di correzione o di disciplina*. L'art. 571 c.p. reprime la condotta di coloro che, in forza della loro autorità, abusano dei mezzi di correzione e di disciplina nei confronti della persona loro sottoposta o a loro affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia o per l'esercizio di una professione o di un'arte, se dal fatto deriva un pericolo al corpo o alla mente. I soggetti interessati sono usualmente legati dal vincolo etico della cura e del supporto con l'offeso (dal personale della scuola all'istruttore, al personale sanitario o penitenziario) oltre che titolari di un potere (*ius corrigendi*) sul cui significato verte la fattispecie del reato. La giurisprudenza ha sancito che il concetto di malattia è inteso in senso molto lato, intendendo con detto termine qualsiasi lacerazione e contusione (anche se si tratta di una lesione lievissima all'integrità fisica). Sulla base dell'interpretazione della Suprema Corte, secondo cui l'uso della violenza non può mai avere scopo educativo, appare pertanto fondamentale il ruolo del professionista sanitario nel valutare determinate lesività e le circostanze del loro verificarsi. Deve rilevarsi, infine, anche il raccordo operativo con le modifiche al Codice civile e con il Codice di procedura penale conseguite all'introduzione della legge 5 aprile 2001, n. 154, concernente le *Misure contro la violenza nelle relazioni familiari* e pubblicata in G.U. 28 aprile 2001, n. 98, in una prospettiva di repressione degli abusi familiari e di argine tempestivo ai fenomeni di violenza domestica, con l'introduzione di una specifica misura cautelare, di tipo coercitivo, denominata «*allontanamento dalla casa familiare*» (art. 1). Collocata nell'art. 282-bis, comma 1 c.p.p., la misura coercitiva principale consiste nella prescrizione rivolta all'indiziato di lasciare immediatamente la casa familiare ovvero di non farvi rientro, nel caso in cui si trovi in luogo (anche di detenzione) diverso dal domicilio domestico, e nella prescrizione di non



accedervi senza l'autorizzazione del Giudice che procede (se concessa, può prevedere le modalità di visita<sup>70</sup>).

Sul sito si riporta una tabella contenente definizioni internazionali, previsioni, normative e alcune decisioni della Giurisprudenza, che hanno ravvisato in diverse condotte la tipologia dei reati trattati in questo paragrafo, quali maltrattamento dei minori e altre ipotesi di reato che colpiscono soggetti fragili.

## RESPONSABILITÀ DEL MEDICO NELLE CERTIFICAZIONI E NEI DOVERI DI INFORMATIVA

**Michele Zagra**

Oltre alle competenze tipicamente assistenziali, al medico competono diverse attività di tipo medico-legale che richiedono un'opportuna conoscenza dei tempi e dei modi di espletamento. Tra queste un ruolo preponderante spetta alle certificazioni, ai doveri di informativa all'autorità giudiziaria e alle denunce sanitarie obbligatorie. Rimandando al Capitolo 10 per i dettagli sugli aspetti peculiari di questa competenza medica, in questo paragrafo si riportano sinteticamente le fonti per i doveri di certificazione e di informativa del medico, oltre ai profili di responsabilità per illeciti o inottemperanze.

### Responsabilità nelle certificazioni

L'art. 24 del Codice di deontologia medica recita:

*«Il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati. Egli è tenuto alla massima diligenza, alla più attenta e corretta registrazione dei dati e alla formulazione di giudizi obiettivi e scientificamente corretti».*

Oltre ai certificati che il medico è obbligato a rilasciare, su richiesta dell'assistito, per particolari prestazioni, ne esistono altri che sono obbligatori perché imposti dalla legge e, come tali, non necessitano di essere richiesti espressamente dal paziente.

Alcuni certificati possono considerarsi facoltativi per il medico, anche se, in conformità a quanto previsto dall'art. 24 del Codice di deontologia medica, non possono essere negati, salvo che non si tratti di certificazioni compiacenti (intendendo per tali quei certificati che, con terminologia volutamente imprecisa e ambigua, tendono ad alterare una situazione)<sup>71</sup>.

Nonostante ogni medico abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'Albo sia titolare del diritto e dell'idoneità a rilasciare una certificazione medica, in alcuni casi specifici, la legge attribuisce la potestà a certificare solo a determinati medici titolari di particolari qualifiche (pubblico ufficiale, incaricato di pubblico servizio, medico sportivo, medico del lavoro ecc.). Il certificato può inoltre avere una

<sup>70</sup>Il rientro potrebbe rendersi necessario, per esempio, per recuperare effetti personali. Eventuali autorizzazioni periodiche potrebbero invece essere finalizzate alla ricostruzione delle relazioni familiari, con particolare riferimento ai figli, nel caso in cui la condotta dell'indagato dovesse far ritenere attenuate le esigenze di cautela.

<sup>71</sup>In questi certificati, non rispondenti al requisito della veridicità, possono integrarsi gli estremi del reato di falso ideologico.

**BOX 3.5 REQUISITI SOSTANZIALI DEL CERTIFICATO**

- Deve essere chiaramente identificabile il medico certificante mediante intestazione o timbro in cui sono riportati: nome, cognome, qualifica ed eventualmente la struttura sanitaria di appartenenza
- Devono essere chiaramente identificabili le generalità del paziente richiedente (nome, cognome, data di nascita, residenza o domicilio)
- Deve essere chiaro l'oggetto della certificazione con eventuale diagnosi e prognosi (in caso di certificato redatto sulla base di referti obiettivi è opportuno citarli)
- Deve essere completo di data e luogo di redazione
- Deve essere firmato dal medico certificante

**BOX 3.6 REQUISITI FORMALI DEL CERTIFICATO**

- Il certificato deve essere privo di abrasioni e correzioni per evitare il dubbio di alterazioni o contraffazioni dell'atto
- Eventuali correzioni devono essere indicate a chiare lettere e controfirmate dall'estensore
- La grafia con cui è redatto il certificato deve essere chiara e comprensibile
- La terminologia e il significato del certificato devono essere chiari e coerenti fra quanto constatato e quanto dichiarato
- Bisogna utilizzare una modulistica specifica quando previsto dalla legge

valenza giuridica diversa secondo la qualifica del medico che lo ha redatto. Per esempio, il certificato redatto da un medico con funzione di *pubblico ufficiale* rientra tra gli *atti pubblici*, quello redatto da un medico con funzione di *incaricato di pubblico servizio* rientra tra le *certificazioni amministrative*, quello redatto da un medico libero professionista con la funzione di *esercante un servizio di pubblica necessità* è considerato *scrittura privata*<sup>72</sup>. Tale distinzione è estremamente importante soprattutto dal punto di vista penale. In caso di falso in certificazione, le pene sono infatti più severe se si tratta di atto pubblico.

I principali illeciti connessi con la certificazione medica sono: il falso materiale (artt. 476<sup>73</sup>, 477<sup>74</sup> e 485<sup>75</sup> c.p.), il falso ideologico (artt. 479<sup>76</sup>, 480<sup>77</sup> e 481<sup>78</sup> c.p.), la truffa, la violazione della privacy e del segreto professionale.

<sup>72</sup>La distinzione tra atto pubblico (art. 2699 c.c.) e certificazione amministrativa è precisata nella sent. Cass. pen. Sez. V, 3 luglio 1989, n. 257, ed è rilevante per la maggiore severità con cui sono puniti gli illeciti nella redazione degli atti pubblici: nell'atto pubblico si attestano fatti compiuti dal medico con funzioni pubbliche o avvenuti in sua presenza, mentre nella certificazione il medico con funzioni pubbliche attesta fatti da lui rilevati o conosciuti nell'ambito della sua attività.

<sup>73</sup>Art. 476 c.p. (*Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici*): «Il pubblico ufficiale, che, nell'esercizio delle sue funzioni, forma, in tutto o in parte, un atto falso o altera un atto vero, è punito con la reclusione da uno a sei anni. Se la falsità concerne un atto o parte di un atto, che faccia fede fino a querela di falso, la reclusione è da tre a dieci anni».

<sup>74</sup>Art. 477 c.p. (*Falsità materiale commessa da pubblico ufficiale in certificati o autorizzazioni amministrative*): «Il pubblico ufficiale, che, nell'esercizio delle sue funzioni, contraffà o altera certificati o autorizzazioni amministrative, ovvero, mediante contraffazione o alterazione, fa apparire adempiute le condizioni richieste per la loro validità, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni».

<sup>75</sup>Art. 485 c.p. (*Falsità in scrittura privata*): «Chiunque, al fine di procurare a sé o ad altri un vantaggio o di recare ad altri un danno, forma, in tutto o in parte, una scrittura privata falsa, o altera una scrittura privata vera, è punito, qualora ne faccia uso o lasci che altri ne faccia uso, con la reclusione da sei mesi a tre anni. Si considerano alterazioni anche le aggiunte falsamente apposte a una scrittura vera, dopo che questa fu definitivamente formata».

In passato era passibile di sanzioni disciplinari da parte dell'Ordine di iscrizione il medico certificante che ometteva di applicare le marche ENPAM di lire 500 nei certificati che non erano, ai sensi di legge, rilasciati gratuitamente (legge 21 febbraio 1963, n. 244, pubblicata in G.U. 21 marzo 1963, n. 77). Oggi l'applicazione delle marche ENPAM sui certificati a pagamento non è più dovuta (legge 23 dicembre 2000, n. 388, che all'art. 145, comma 65, ha abrogato l'art. 11 della legge 244/1963).

Nel Box 3.5 si evidenziano i requisiti *sostanziali* del certificato; mentre nel Box 3.6 si riassumono i requisiti *formali* del certificato.

Quando il medico, nel redigere il certificato, commette alterazioni o contraffazioni mediante cancellature, abrasioni o aggiunte successive, miranti a far apparire adempiute le condizioni richieste per la sua validità (requisiti formali del certificato) incorre nel reato di *falso materiale*.

Si realizza, invece, il reato di *falso ideologico* in caso di falsa rappresentazione della realtà, ossia quando si attestano, come autentici, fatti non rispondenti a verità<sup>79</sup>.

Si concreta il reato di *truffa* quando una falsa certificazione determina la costituzione di diritti in favore del richiedente, con possibili oneri a carico di terzi o a carico dello Stato. In tali casi è previsto che l'ente pubblico possa esercitare un'azione di rivalsa nei confronti del medico a rifondere il danno patrimoniale subito.

Per non incorrere nel reato di violazione di privacy e segreto professionale, il certificato deve essere consegnato direttamente al paziente dal medico o da un suo incaricato (non deve essere mai lasciato in luoghi dove non si può essere sicuri che il ritiro sia effettuato dal diretto interessato). Quando si consegna, invece, a una persona diversa dal richiedente (paziente), il medico deve acquisire una delega scritta che lo autorizzi a rilasciarlo nelle mani di un terzo. Il contenuto del certificato, nei limiti della verità, chiarezza e completezza dei fatti, deve riportare ciò che il paziente autorizza che sia reso noto nel rispetto della privacy e del segreto professionale.

Si rileva infine che il certificato di malattia deve essere contestuale all'accertamento della patologia e deve recare la stessa data dell'effettuazione della visita. Una deroga a tale regola si realizza nel certificato storico, che consiste nell'attestazione di una situazione già verificatasi in passato e che il medico ricostruisce sulla base della documentazione dell'epoca. Questo tipo di certificazione è piuttosto frequente nell'ambito della medicina legale, quando il medico è chiamato a redigere atti aventi finalità assicurativa o previdenziale.

---

<sup>76</sup>Art. 479 c.p. (*Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici*): «Il pubblico ufficiale, che, ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un fatto è stato da lui compiuto o è avvenuto alla sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute, o comunque attesta falsamente fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, soggiace alle pene stabilite nell'articolo 476».

<sup>77</sup>Art. 480 c.p. (*Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in certificati o in autorizzazioni amministrative*): «Il pubblico ufficiale, che, nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente in certificati o autorizzazioni amministrative, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione da tre mesi a due anni».

<sup>78</sup>Art. 481 c.p. (*Falsità ideologica in certificati commessa da persone esercenti un servizio di pubblica necessità*): «Chiunque, nell'esercizio di una professione sanitaria o forense, o di un altro servizio di pubblica necessità, attesta falsamente, in un certificato, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa da euro 51 a euro 516. Tali pene si applicano congiuntamente se il fatto è commesso a scopo di lucro».

<sup>79</sup>La Cassazione con sentenza del 14 dicembre 1977 ha ritenuto colpevole del reato di falso ideologico il medico che ha compilato un certificato di morte senza aver visitato la salma. Il Tribunale di Modena con sentenza del 15 marzo 1964 ha stabilito la colpevolezza di reato per falso ideologico a carico di un medico che aveva attestato il falso per rimuovere un ostacolo al trasporto della salma di un paziente deceduto, favorendo così i congiunti, pur senza trarne vantaggio personale, ma eludendo in tal modo le norme di Polizia mortuaria, anche se per un fine apparentemente umanitario.

## Responsabilità nei doveri di informativa

Il medico, in quanto esercente una professione sanitaria<sup>80</sup>, ha uno speciale obbligo di collaborazione nei confronti dell'amministrazione della giustizia, e pertanto deve informare l'autorità giudiziaria di fatti criminosi riscontrati nell'esercizio della professione (informativa di reato). Tale obbligo è assolto mediante referto o rapporto<sup>81</sup>.

Il *referto* è l'atto mediante cui chi esercita una professione sanitaria riferisce all'autorità giudiziaria di avere prestato la propria assistenza o opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio. Il *rapporto* costituisce l'atto con cui il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio denuncia all'autorità giudiziaria un reato (delitto o contravvenzione) perseguibile d'ufficio, e di cui abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni o del servizio. Il primo riguarda, per esempio, specificamente il medico libero professionista, il secondo compete all'ospedaliere o a qualunque sanitario di uguale qualifica giuridica (si veda sopra).

L'omissione di referto è sanzionata dall'art. 365 c.p., secondo cui:

*«Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto pel quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'autorità indicata nell'articolo 361 è punito con la multa fino a euro 516. Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale».*

È punibile non solo chi omette di redigere il referto, ma anche chi non lo fa pervenire in tempo all'autorità giudiziaria e/o lo redige in maniera incompleta o scorretta (art. 334 c.p.)<sup>82</sup>. Quando il sanitario non si limita a omettere il referto (al solo fine contingente di non far sottoporre la persona assistita a procedimento penale), ma osserva una condotta contraria alle indagini che sta eseguendo la Polizia giudiziaria, tale da far sorgere il pericolo che le stesse siano eluse o che le ricerche dell'indiziato possano fallire, può ricorrere il reato di favoreggiamento personale secondo l'art. 378 c.p.<sup>83</sup>

L'omissione di rapporto è sanzionata dagli artt. 361<sup>84</sup> e 362<sup>85</sup> c.p.

<sup>80</sup>È tenuto al referto ogni esercente una professione sanitaria principale o ausiliaria: medico, odontoiatra, farmacista, veterinario, ostetrica, infermiere ecc.

<sup>81</sup>L'esimente all'obbligo di riservatezza da parte del medico, la cui violazione è sanzionata dall'art. 622 c.p., è rappresentata, nel referto/rapporto, dalla giusta causa di rivelazione del segreto professionale.

<sup>82</sup>Chi ha l'obbligo del referto deve farlo pervenire entro quarantotto ore (immediatamente, se vi è pericolo nel ritardo) al Pubblico ministero o a qualsiasi ufficiale di Polizia giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria opera o assistenza (in loro mancanza, all'ufficiale di Polizia giudiziaria più vicino). Il referto deve indicare la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quant'altro valga a identificarla, nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze dell'intervento, oltre alle notizie utili a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare.

<sup>83</sup>«È configurabile il reato di favoreggiamento personale allorché il medico non si limiti ad omettere l'invio di referto all'autorità giudiziaria, ma ometta anche di compilare nei confronti della stessa persona, implicata in una rapina, la cartella clinica e si attivi, al di là delle semplici cure e dell'assistenza dovuta, nella ricerca di un radiologo e di una clinica privata in cui ricoverare la persona medesima, con esclusione di pubblici ospedali.» (Cass. pen. Sez. VI, 24 gennaio 1983, in Cass. pen. 1118, 1984.)

<sup>84</sup>Art. 361 c.p. (Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale): «Il pubblico ufficiale, il quale omette o ritarda di denunciare all'autorità giudiziaria, o ad un'altra autorità che a quella abbia obbligo di riferirne, un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni, è punito con la multa da euro 30 a euro 516. La pena è della reclusione fino ad un anno, se il colpevole è un ufficiale o un agente di polizia giudiziaria, che ha avuto comunque notizia di un reato del quale doveva fare rapporto. Le disposizioni precedenti non si applicano se si tratta di delitto punibile a querela della persona offesa».

L'obbligo di referto prevede l'esimente speciale nell'esposizione a procedimento penale della persona assistita (Capitolo 10). Il rapporto non contempla tale possibilità.

I casi di non punibilità per la violazione degli artt. 361, 362 e 365 sono previsti dall'art. 384 c.p., secondo cui «[...] non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé medesimo o un prossimo congiunto da un grave e inevitabile nocumento nella libertà o nell'onore».

## Denunce sanitarie

La denuncia sanitaria rappresenta un atto con il quale il sanitario comunica all'autorità competente fatti direttamente appresi nell'esercizio e a causa della professione, e che all'autorità stessa interessa conoscere al fine di tutelare la salute collettiva e consentire l'effettuazione di indagini di tipo statistico, sanitario ed epidemiologico.

Le denunce sanitarie (Capitolo 10) possono essere obbligatorie o facoltative. Le prime costituiscono per il sanitario non solo un obbligo legale imposto da specifiche disposizioni di legge, ma anche un dovere deontologico (Capo III, *Tutela della Salute Collettiva*, art. 74 del Codice di deontologia medica<sup>86</sup>).

Il medico è tenuto a redigere la denuncia e a inviarla a destinazione di propria iniziativa, a conoscere quali sono le denunce che gli competono, a sapere quando esse vanno fatte, a compilarle nelle forme e nei modi prescritti dalla legge, a curarne personalmente l'invio all'autorità competente nei termini di tempo prescritti. Le denunce obbligatorie costituiscono *giusta causa imperativa* di rivelazione del segreto professionale<sup>87</sup>. L'omissione o il ritardo della denuncia comporta una contravvenzione.

---

## BIBLIOGRAFIA

- American Academy Child Adolescent Psychiatry (AACAP), 1997. Practice parameters for the forensic evaluation of child and adolescent sexuelle abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36 (3), 423–442.
- Argo, A., Barillaro, M., Procaccianti, P., 2009. L'assistenza al paziente politraumatizzato e la responsabilità professionale dell'équipe sanitaria. *SIMEU Journal* vol. 2, n. 1, pp. 20–21, (Full Text nella versione on-line della rivista sul sito <http://www.simeu.it>).
- Argo, A., Bonifacio, A., Zerbo, S., Triolo, V., Di Stefano, E., Sortino, C., Fleres, P., Procaccianti, P., 2009. From 1997 to 2007: modified approach to sexual assault in our experience. *Proceedings American Academy of forensic science*, Denver, February 2009, (D24), 191–192.

---

<sup>85</sup>Art. 362 c.p. (*Omessa denuncia da parte di un incaricato di pubblico servizio*): «L'incaricato di un pubblico servizio che omette o ritarda di denunciare all'autorità indicata nell'articolo precedente un reato del quale abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa del servizio, è punito con la multa fino a euro 103. Tale disposizione non si applica se si tratta di un reato punibile a querela della persona offesa, né si applica ai responsabili delle comunità terapeutiche socio-riabilitative per fatti commessi da persone tossicodipendenti affidate per l'esecuzione del programma definito da un servizio pubblico».

<sup>86</sup>«Il medico [...] deve curare con la massima diligenza e tempestività la informativa alle autorità sanitarie e ad altre autorità nei modi, nei tempi e con le procedure stabilite dalla legge, ivi compresa, quando prevista, la tutela dell'anonimato.»

<sup>87</sup>Nella stesura delle denunce, il medico deve segnalare solo le notizie e i dati di interesse pubblico, in quanto la segnalazione di qualunque altro fatto riguardante la sfera privata e non utile a un effettivo interesse per la tutela della salute collettiva, potrebbe essere considerata indebita e quindi, se la persona offesa presentasse querela, punibile come rivelazione del segreto professionale.

- Baggio, S., 2008. La responsabilità della struttura sanitaria. Giuffrè Editore, Milano, p. 599.
- Biffoni, F., 2003. Medicina trasfusionale: aspetti medico-legali. Atti Convegno Nazionale “Buon Uso del Sangue” - Istituto Superiore di Sanità, Roma, 25–26 febbraio 2003, pp. 11–18.
- Fiori, A., 1999. Medicina legale della Responsabilità Medica. Giuffrè Editore, Milano.
- Lorusso, S., Manna, A., 2007. L'abuso sessuale sui minori: prassi giudiziarie e novità normative introdotte dalla Legge 38/2006 sulla pedopornografia. Giuffrè Editore, Milano.
- Marchetti, D., Di Tillio, A., 2000. La violenza sessuale: aspetti giuridici e medico legali. Giuffrè Editore, Milano.
- Ministero della Salute - Dipartimento della Qualità. Raccomandazione n. 5 - Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0. Roma, 31 marzo 2008. [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_618\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_618_allegato.pdf)
- Naso, M., 2007. La responsabilità del primario ospedaliero. Collana Fatto e Diritto. Giuffrè Editore, Milano, p. 177.
- Procaccianti, P., Argo, A., Tona, R., 2003. Orizzonti tecnico-normativi della libertà di cura e “dimissione volontaria” del paziente. Difesa Sociale, vol. LXXXII, 1–2, pp. 91–100.
- Zagra, M., Argo, A., De Luca, L., 2010. Il medico ospedaliero: qualifica giuridica e sue implicazioni nei profili di responsabilità. Impegno Ospedaliero (sezione scientifica), Anno XXX, n. 1, gennaio–febbraio, 19–26.
- Zagra, M. Responsabilità medica e aspetti di medicina legale. In: Ferrari, A.M, Barletta, C.(a cura di). Medicina di emergenza-urgenza. Elsevier, Milano, in press.

## SCHEDA SINOTTICA

### Qualifiche giuridiche delle diverse figure sanitarie

- Per la legge penale, secondo le circostanze, il medico può ricoprire la qualifica di: pubblico ufficiale (a norma dell'art. 357), incaricato di pubblico servizio (a norma dell'art 358), esercente un servizio di pubblica necessità (a norma dell'art. 359). Agli effetti della legge civile (art. 2229, comma 1 c.c.) è considerato esercente di una professione intellettuale.
- Le nuove professioni sanitarie (infermiere, dietista, fisioterapista ecc.) possono assumere, ai fini della legge penale, la qualificazione giuridica di persona incaricata di pubblico servizio o di esercente un servizio di pubblica necessità. Non possono assumere, invece, come avviene per i medici, la qualifica di pubblico ufficiale, in quanto non espletano attività caratterizzata da poteri autoritativi o certificativi. Agli effetti della legge civile esercitano, come i medici, una professione intellettuale.
- L'importanza e l'esistenza delle predette qualificazioni giuridiche dipende soprattutto dal fatto che la legge penale individua alcune ipotesi delittuose subordinandole strettamente alla figura giuridica del soggetto attivo del reato, nonché dalle sanzioni più pesanti previste dalla norma penale per i comportamenti trasgressivi assunti da un pubblico ufficiale o da un incaricato di pubblico servizio, rispetto a quelle comminabili nei confronti del professionista esercente un servizio di pubblica necessità.

### Professioni sanitarie oggi: competenze, autonomia, responsabilità

- Le nuove figure di professione sanitaria, ai sensi della legge 42/99 possiedono uno specifico applicativo di esercizio professionale autonomo e distinto rispetto a tutte le altre professioni sanitarie, essendo ritenute in grado di effettuare in forma autonoma le attività specifiche che fanno parte del loro raggio di competenza, onde perseguire i compiti previsti dagli specifici obiettivi professionali.
- Oggi l'infermiere, un tempo considerato semplice esecutore, ha acquisito il pieno ruolo di professionista della salute. La sua attività è più ricca e complessa, e si fonda sulle conoscenze scientifiche, su originali ed elaborati modelli teorici di riferimento, su una precisa deontologia professionale, sulla responsabilità e, infine, sull'autonomia operativa rispetto ad altre figure che operano nel medesimo campo. Ai sensi dell'art. 1, D.M. 14 settembre 1994, n. 739, «*l'infermiere è l'operatore sanitario in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica*».

- L'ostetrica/o è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale, assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato (art. 1, D.M. 740/1994).

#### **Colpa medica e responsabilità professionale**

- Il concetto tecnico-giuridico di "colpa medica", mutuabile dal Codice penale (artt. 42 e 43) e dal Codice civile (art. 2043), può così tradursi: «*Chiunque per imperizia, imprudenza, negligenza od inosservanza di norme (note e non cadute in disuso) nello svolgimento della professione medica cagiona ad altri lesioni, danni fisici o la morte soggiace a sanzioni restrittive della libertà personale, ad obblighi risarcitori ed a sanzioni disciplinari*». Secondo tale concetto la colpa si realizza pertanto quando il soggetto attivo (sanitario) commette un reato non perché ha la volontà di provocarlo, ma perché non ha utilizzato la dovuta e richiesta diligenza. La colpa medica si distingue in: colpa grave, colpa lieve e colpa lievissima.
- La responsabilità professionale si configura nell'attitudine a rispondere del proprio operato professionale in caso di errore, commissivo o omissivo, davanti a un giudice che, da soggetto terzo, lo valuta a posteriori. Nel concetto di responsabilità intesa come violazione di un obbligo è importante chiarire immediatamente che le obbligazioni inerenti all'esercizio della professione sanitaria sono di comportamento e non di risultato, nel senso che il professionista, assumendo l'incarico, si impegna a prestare la propria opera intellettuale e scientifica per raggiungere il risultato sperato, ma non per conseguirlo. Ne consegue che l'inadempimento del sanitario è costituito non già dall'esito sfortunato della terapia e, quindi, dal mancato conseguimento della guarigione del paziente, ma dalla violazione dei doveri inerenti allo svolgimento dell'attività professionale secondo *leges artis*. Più precisamente, l'obbligazione assunta dal medico nei confronti del proprio cliente è di regola, tranne talune eccezioni (chirurgia estetica, anestesia, aborto, protesi sostitutive, esami di laboratorio, diagnosi istopatologica, trasfusione di sangue ecc.), identica a quella di ogni altro professionista intellettuale, ossia un'obbligazione di mezzi, non di risultato.
- Nell'esercizio professionale è possibile incorrere in eventi che comportano responsabilità penale, civile e disciplinare, per inosservanza di obblighi o violazione di divieti imposti dalle leggi e dai regolamenti che disciplinano l'esercizio delle professioni sanitarie, per trasgressione di doveri d'ufficio o di servizio inerenti al rapporto di impiego subordinato a enti pubblici o privati, per inadempimento di obbligazioni nascenti dal contratto di prestazione d'opera nei confronti del cliente/paziente, per errata applicazione delle regole diagnostiche e terapeutiche da cui derivi un danno (lesione personale o morte).
- I reati penali maggiormente contestati agli operatori sanitari sono quelli colposi di lesioni o, come avviene nei casi più gravi, di omicidio. Costituiscono, inoltre, reato penale per il sanitario, con particolare rilevanza nel caso in cui rivesta la figura giuridica di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, il falso ideologico o materiale (artt. 476, 477, 479, 480, 481, 485, e 493 c.p.), l'abbandono di persona incapace, l'omissione di soccorso (art. 593 c.p.), l'interruzione di un ufficio o servizio pubblico o di un servizio di pubblica necessità (art. 340 c.p.), l'omissione di atti d'ufficio (art. 328 c.p.), l'abuso d'ufficio (art. 323 c.p.), l'omissione di referto e di denuncia (artt. 361, 362 e 365 c.p.), la rivelazione e utilizzazione di segreti d'ufficio (art. 326 c.p.), i reati connessi all'omessa o viziata acquisizione del consenso informato e quelli attinenti al diritto di tutela dei dati personali.
- Si distinguono due differenti forme di responsabilità civile definite, rispettivamente, "contrattuale" ed "extracontrattuale", cui corrispondono specifiche connotazioni giuridiche con diversi tempi di prescrizione e diversi regimi della ripartizione dell'onere della prova. Si definisce responsabilità civile di tipo contrattuale quella che deriva dall'inadempimento, dall'inesatto adempimento e dall'adempimento tardivo di una preesistente obbligazione quale che ne sia la fonte (escluso il fatto illecito). L'onere della prova è a carico del prestatore d'opera. La prescrizione è dieci anni. La responsabilità civile di tipo extracontrattuale (detta anche aquiliana) deriva invece dalla violazione del generico obbligo di non ledere alcuno, in assenza di un preesistente rapporto obbligatorio (nel qual caso si configurerebbe responsabilità "contrattuale"), sulla sola base del dovere generico indicato dalla dottrina con il brocardo latino *neminem laedere*. L'onere della prova è a carico del danneggiato che deve dimostrare, oltre all'esistenza del danno e del rapporto di causalità, anche la colpa del medico. La prescrizione è cinque anni.
- In ambito sanitario si realizza un rapporto contrattuale quando un paziente richiede una prestazione a un determinato medico o a un ente, che accetta di fornirla. Si precisa, tuttavia, che l'obbligazione del medico dipendente dal servizio sanitario ai fini della responsabilità professionale nei confronti del paziente ha sempre natura contrattuale. Ciò trova la sua motivazione nell'assunto che il tipo di rapporto, pur non essendo fondato sul contratto, si instaura per il semplice "contatto sociale" che, come tale, assume natura contrattuale.

(segue)

**SCHEDA SINOTTICA (seguito)****Professionisti sanitari e loro responsabilità individuale e in équipe**

- Nei casi in cui a una qualsivoglia attività medico-chirurgica svolta in équipe consegua un evento dannoso o pericoloso in capo al paziente, è necessario stabilire a chi è attribuibile la responsabilità dell'esito negativo. Secondo la prevalente dottrina, quando la condotta posta in essere dal singolo sanitario interagisce con quella di altri soggetti, come nel caso dell'attività in équipe, la concreta regola di diligenza a cui attenersi dovrà fare riferimento al cosiddetto principio dell'affidamento, secondo cui ciascun membro non è tenuto a vigilare sull'operato altrui, ma deve fare affidamento sul fatto che gli altri soggetti agiscano nell'osservanza delle regole di diligenza su di loro incumbenti. Si tratta comunque di un "principio di affidamento temperato", giacché sussiste la responsabilità di ciascun membro per il mancato o l'inesatto controllo sull'opera altrui se si configura un comportamento colposo del compartecipe per mancata osservanza delle *leges artis* generiche, e non specialistiche, oggetto di conoscenze professionali comuni a ciascun medico (in quanto tale).

**Terapia trasfusionale e responsabilità professionale**

- La trasfusione di sangue e/o emoderivati richiede l'acquisizione del consenso informato del paziente in forma (obbligatoriamente) scritta. La sua mancanza, salvo che sussista uno stato di necessità, può dar luogo a responsabilità penale, civile e deontologica.
- L'inosservanza di leggi e regolamenti in tema di emotrasfusione può configurare l'ipotesi della "colpa specifica". I più frequenti errori che possono verificarsi nel reparto ove è richiesta l'emotrasfusione sono: l'errore di identificazione del paziente o lo scambio di persona, l'errore di trascrizione dell'anagrafica o di etichettatura dei campioni, l'errore di trascrizione dell'anagrafica sulla richiesta. I principali tipi di errore gravanti sul servizio trasfusionale sono rappresentati da: scambio di campione o delle registrazioni, errore analitico sierologico di laboratorio nella determinazione del gruppo o nell'esecuzione della prova di compatibilità.
- All'atto della trasfusione le tipologie di errore più frequentemente segnalate sono rappresentate da: trasfusione di unità di sangue alla persona sbagliata per errore di identificazione del paziente, trasfusione di unità di sangue sbagliata per errore di identificazione dell'unità da trasfondere.
- La fattispecie della "colpa generica" derivante da imprudenza, imperizia e negligenza, con specifico riguardo alle attività trasfusionali, può fondamentalmente riscontrarsi nella fase della valutazione operata dal sanitario relativamente alla necessità della trasfusione o nelle modalità di effettuazione della stessa (per esempio: insufficiente e/o inadeguata sorveglianza del paziente durante la trasfusione, da cui può derivare un mancato e tempestivo trattamento di eventuali reazioni indesiderate o complicanze).
- Il personale infermieristico è coreponsabile della corretta identificazione del paziente al momento dei prelievi di sangue e della trasfusione, della verifica di identità tra il paziente che deve ricevere la trasfusione e il nominativo del ricevente riportato sull'unità di sangue, della registrazione dei dati in cartella clinica.

**Responsabilità in area di emergenza**

- Nel contesto dell'emergenza-urgenza, accanto alle fattispecie di reati comuni a tutte le altre branche sanitarie, si possono riconoscere diverse fonti di responsabilità professionale che assumono connotazioni specifiche proprio in ragione del regime in cui si opera.
- Il giudizio di urgenza è delegato al medico di accettazione e prima ancora, seppure non in forma di vera e propria diagnosi, all'infermiere di triage del Pronto soccorso.
- Il medico di Pronto soccorso è direttamente responsabile (eticamente e professionalmente) dell'appropriatezza prescrittiva degli accertamenti diagnostici e/o degli interventi terapeutici, che devono essere improntati a una diagnosi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto diagnostico. Egli ha la responsabilità primaria della gestione del paziente (D.P.R. 128/69), intesa anche come capacità decisionale e dispositiva della necessità di ricovero e della destinazione più adeguata (in relazione alla diagnosi presuntiva di accettazione formulata). È inoltre responsabile, anche penalmente, quando non adotta le misure d'urgenza nel fare intervenire, ove necessario, gli specialisti competenti per la diagnosi, la terapia e l'intervento sul malato. È obbligato alla compilazione della documentazione sanitaria necessaria e idonea per la prestazione effettuata (verbale di Pronto Soccorso, foglio di intervento, scheda osservazione, cartella clinica, richiesta di consulenze ed esami diagnostici con formulazione di relativo quesito, certificazioni mediche). Ove necessario, ha anche l'obbligo di assolvere i doveri di informativa mediante le denunce, le notifiche e le certificazioni. Seppure in condizioni di urgenza, ove possibile, deve acquisire un valido consenso informato (tranne nei casi previsti dall'art. 54 c.p.)



- Il medico di Pronto soccorso riveste la qualifica giuridica di pubblico ufficiale e pertanto, ai sensi dell'art. 328 c.p., un suo diniego a qualsiasi prestazione richiesta in materia di Pronto soccorso comporta gravi rischi di responsabilità, anche quando l'intervento possa risultare obiettivamente non urgente, per il solo fatto che può essere giustificato come espressione di urgenza soggettiva.
- Della mancanza/malfunzionamento della strumentazione risponde certamente la struttura ospedaliera (art. 1218 c.c.). Tuttavia non è escluso che la responsabilità possa ricadere anche sui medici quando non si siano attivati per tempo onde ottenere lo strumentario necessario o non abbiano comunicato un malfunzionamento. La responsabilità ricade sui professionisti quando non abbiano eseguito le verifiche sullo strumentario secondo le liste di controllo previste.
- È possibile ravvisare un'eventuale responsabilità a carico della struttura e/o del direttore del reparto nei casi in cui si dimostri un inefficiente assetto organizzativo.

#### **Il medico di medicina di urgenza e le norme in materia del delitto di violenza sessuale e maltrattamento di minori**

- La violenza sessuale è un crimine che consiste in atti sessuali compiuti con violenza e senza il consenso della vittima.
- La diagnosi di violenza/abuso sessuale è una diagnosi complessa, che richiede un approccio multidisciplinare. La problematica che deve pertanto affrontare un medico di Pronto soccorso nel trattamento di un caso di violenza sessuale è molto complessa. Gli aspetti da considerare, di fronte a una vittima di violenza sessuale, sono molteplici e tutti di rilevante importanza. Il medico deve curare con adeguata disponibilità mentale tutti i risvolti fisici, psichici, etici e legali che un tale evento innesca. In tale ambito, l'accoglienza riveste un ruolo rilevante.
- Particolare importanza, per le implicazioni medico-legali che ne possono derivare, indipendentemente dalle procedure finalizzate alla diagnosi e cura delle lesioni subite dalla vittima e alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, rivestono le attività rivolte: alla diagnosi della violenza sessuale; alla completa descrizione delle lesioni subite; all'eventuale identificazione dell'aggressore a partire dalle tracce biologiche lasciate sugli indumenti e/o sul corpo della vittima.
- Il delitto di violenza sessuale (art. 609-*bis* c.p.) è punibile a querela della persona offesa e il termine della sua proposizione è di sei mesi, salvo quanto previsto dal terzo comma dell'articolo 597 c.p. (art. 609-*septies*, comma 1 e 2 c.p.). La querela proposta è irrevocabile (art. 609-*septies*, comma 3 c.p.). Sono tuttavia previsti casi di procedibilità d'ufficio (art. 609-*septies*, comma 4 c.p.) con obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria (referto/rapporto).
- Attengono al campo di osservazione delle professioni sanitarie altre previsioni di reato contemplate dal Codice penale nel novero dei delitti contro l'assistenza familiare (Capo IV, Libro II, Titolo XI). Si tratta delle previsioni di «*abuso dei mezzi di correzione o di disciplina*», ex art. 571 c.p., e a seguire, art. 572, «*maltrattamenti in famiglia o verso i fanciulli*». Queste ipotesi di reato impongono al sanitario un'adeguata conoscenza delle possibili realtà nosografiche e una competenza sulle modalità della loro segnalazione all'autorità giudiziaria (anche per l'opportuna presa in carico dei soggetti in raccordo con operatori sociali). Il delitto di maltrattamenti, contemplato dall'art. 572 c.p., nei confronti di «[...] *una persona della famiglia o un minore degli anni quattordici o una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte [...]*» è infatti perseguibile d'ufficio.

#### **Responsabilità del medico nelle certificazioni e nei doveri di informativa**

- Il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati. Nell'assolvere tale competenza è tenuto alla massima diligenza, alla più attenta e corretta registrazione dei dati e alla formulazione di giudizi obiettivi e scientificamente corretti.
- Il certificato redatto da un medico con funzione di pubblico ufficiale rientra tra gli *atti pubblici*, quello redatto da un medico con funzione di incaricato di pubblico servizio rientra tra le *certificazioni amministrative*, quello redatto da un medico libero professionista con la funzione di esercente un servizio di pubblica necessità è considerato *scrittura privata*.
- I principali illeciti connessi con la certificazione medica sono: il falso materiale (artt. 476, 477 e 485 c.p.), il falso ideologico (artt. 479, 480 e 481 c.p.), la truffa, la violazione della privacy e del segreto professionale.

- Il dovere di informativa del medico è assolto mediante referto o rapporto. Il primo riguarda specificamente il medico libero professionista, il secondo compete l'ospedaliero o qualunque sanitario di uguale qualifica giuridica (pubblico ufficiale o incaricato di un pubblico servizio). L'omissione di referto è sanzionata dall'art. 365 c.p.. L'omissione di rapporto è invece sanzionata dagli artt. 361 e 362. L'obbligo di referto prevede l'esimente speciale nell'esposizione a procedimento penale della persona assistita. Il rapporto non contempla tale possibilità.
- Il medico è tenuto a conoscere quali sono le denunce che gli competono, a sapere quando esse vanno fatte, a compilarle nelle forme e nei modi prescritti dalla legge e curarne personalmente l'invio all'autorità competente nei termini di tempo prescritti. L'omissione o il ritardo comportano una contravvenzione.