

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Jutta Maria Birkhoff

NOZIONI DI MEDICINA LEGALE

**Uno strumento per le professioni
medico-sanitarie e giuridiche**

**Contributi di: Marco Chiaravalli,
Omar Ferrario, Elena Ferioli, Alberto Sella,
Davide Torri.**

Criminologia
FRANCOANGELI

Nell'allegato on line sono consultabili il codice di deontologia del medico chirurgo (*CdMC*), dell'infermiere (*CdInf*), dell'ostetrica (*CdOst*), del tecnico sanitario di radiologia medica (*CdTSM*), del tecnico sanitario di laboratorio biomedico (*CdTSLB*), dell'igienista dentale (*CdI.D.*), dell'educatore professionale (*CdE.P.*) e del fisioterapista (*CdFT*) e i decreti istitutivi delle professioni sanitarie non mediche.

Per accedere all'allegato on line è indispensabile seguire le procedure indicate nell'area Biblioteca Multimediale del sito www.francoangeli.it e avere a disposizione il libro acquistato.

Copyright © 2011 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Ristampa	Anno
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore. Sono vietate e sanzionate (se non espressamente autorizzate) la riproduzione in ogni modo e forma (comprese le fotocopie, la scansione, la memorizzazione elettronica) e la comunicazione (ivi inclusi a titolo esemplificativo ma non esaustivo: la distribuzione, l'adattamento, la traduzione e la rielaborazione, anche a mezzo di canali digitali interattivi e con qualsiasi modalità attualmente nota od in futuro sviluppata).

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le fotocopie effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale, possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da AIDRO (www.aidro.org, e-mail segreteria@aidro.org).

Stampa: Tipomozza, via Merano 18, Milano.

Indice

Presentazione	pag.	13
Parte prima. Ruolo e compiti della medicina legale		
1. La medicina legale	»	17
1. Introduzione	»	17
2. La medicina legale nelle professioni sanitarie	»	18
3. Alcuni settori specifici della medicina legale	»	18
3.1. Tossicologia forense (cenni)	»	18
3.2. Asfissologia (cenni)	»	19
3.3. Traumatologia (cenni)	»	23
3.4. Sopralluogo giudiziario (cenni)	»	28
3.5. Identificazione personale, di <i>E. Ferioli</i>	»	29
3.5.1 Note introduttive	»	29
3.5.2. Identificazione generica di resti o cadavere	»	30
3.5.3. Identificazione individuale di resti o cadavere	»	34
3.5.4. Identificazione generica del vivente	»	37
3.5.5. Identificazione individuale su vivente.		
Tecnologie biometriche	»	38
3.5.6. Identificazione genetica	»	40
3.5.7. Identificazione di tracce biologiche.		
Investigazioni scientifiche	»	41
2. Nozioni di diritto civile e penale	»	44
1. Introduzione	»	44
2. Diritto civile	»	46
2.1. Concetti introduttivi	»	46
2.2. Capacità giuridica	»	47
2.2.1. Valutazione della “vita autonoma”	»	49
2.2.2. Atto di nascita	»	50
2.3. Capacità di agire	»	52
2.3.1. Fattori che possono incidere sulla capacità di agire	»	53
2.3.1.1. Età	»	53
2.3.1.2. Condizioni psico-fisiche	»	54

2.3.1.2.1. Interdizione	pag.	54
2.3.1.2.2. Inabilitazione	»	56
2.3.1.2.3. Incapacità naturale	»	58
2.3.1.2.4. Amministratore di sostegno (cenni)	»	59
2.4. La psicopatologia forense in ambito civile, di <i>D. Torri</i>	»	61
3. Diritto penale	»	62
3.1. Concetti introduttivi	»	62
3.2. Elementi costitutivi del reato	»	64
3.3. Classificazione dei reati	»	65
3.4. Causalità materiale e causalità psichica	»	66
3.5. La dottrina della causalità in medicina legale (cenni)	»	68
3.6. Imputabilità	»	71
3.6.1. Concetti introduttivi	»	71
3.6.2. La capacità di intendere e di volere	»	72
3.6.3. Fattori incidenti sull'imputabilità	»	73
3.6.3.1. Condizioni fisiologiche	»	73
3.6.3.2. Condizioni patologiche	»	74
3.6.3.2.1. Vizio totale di mente	»	75
3.6.3.2.2. Vizio parziale di mente	»	75
3.6.3.2.3. Sordomutismo	»	76
3.6.3.3. Condizioni di natura tossica	»	76
3.6.3.4. Stati emotivi o passionali	»	79
3.7. Pericolosità sociale e misure di sicurezza	»	80
3.8. La psicopatologia forense in ambito penale, di <i>D. Torri</i>	»	84
3.8.1. Accertamenti sull'autore di reato	»	85
3.8.2. Accertamenti sulla vittima di reato	»	86
3.8.3. Accertamenti sul testimone	»	87
3.9. La criminologia (cenni)	»	88

Parte seconda. L'esercizio della professione sanitaria

1. Le professioni sanitarie	»	93
1. Introduzione	»	93
2. La legge n°42/99	»	93
3. La legge n°251/2000 e D.M. Sanità 29 marzo 2001	»	94
4. Requisiti, controllo e inquadramento giuridico delle professioni sanitarie	»	97
2. Deontologia	»	100
1. Introduzione	»	100
2. Cenni storici	»	102
3. Codici deontologici e il potere disciplinare degli Ordini professionali	»	103
3.1. Sanzioni disciplinari	»	106
4. Principi deontologici "universali"	»	107
4.1. Principi comportamentali generali	»	107

4.2. Rapporti con i colleghi	pag.	109
4.3. Collaborazione con le altre professioni sanitarie	»	109
4.4. Collaborazione con società, enti ed istituzioni	»	109
4.5. Approccio al paziente	»	110
3. Il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.)	»	112
1. Introduzione	»	112
2. Principi ispiratori e obiettivi	»	113
3. Le prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale	»	114
4. Il riordino del Servizio Sanitario Nazionale	»	115
4.1. Partecipazione dei cittadini e tutela dei diritti della persona	»	117
4.2. Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (L.E.A.)	»	120
4.3. Il sistema di emergenza sanitaria	»	122
5. Organizzazione del S.S.N.	»	123
5.1. Lo Stato	»	123
5.2. Le Regioni	»	124
5.3. Il territorio	»	124
4. L'assistenza sanitaria ai soggetti anziani	»	128
1. Introduzione	»	128
2. Le patologie e le disabilità dell'anziano	»	130
3. Le forme di assistenza	»	131
3.1. Le Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.)	»	133
3.2. L'assistenza domiciliare integrata (A.D.I.)	»	135
5. La tutela sanitaria dell'immigrato, di A. Sella	»	139
1. Introduzione	»	139
2. Le diverse interpretazioni della malattia	»	139
3. Problematiche nel rapporto medico-paziente immigrato	»	142
4. La tutela sanitaria dell'immigrato	»	144
6. I Trattamenti sanitari	»	147
1. Introduzione	»	147
2. Trattamenti sanitari volontari (T.S.V.)	»	149
2.1. Il consenso informato	»	150
2.1.1. L'informazione	»	151
2.1.2. Il consenso	»	153
3. Lo stato di necessità	»	155
4. Le leggi in deroga all'articolo 5 c.c.	»	156
4.1. I Trapianti da vivente, di A. Sella	»	157
4.2. Il transessualismo	»	162
5. Trattamenti sanitari obbligatori (T.S.O.)	»	163
5.1. Introduzione	»	163
5.2. Trattamenti obbligatori non coattivi e coattivi	»	165
5.3. Accertamenti sanitari obbligatori (A.S.O.)	»	167

7. Riservatezza, segreto professionale e privacy	pag.	169
1. Introduzione	»	169
2. Il segreto professionale ex articolo 622 c.p.	»	171
3. Segreto professionale e testimonianza	»	174
4. Segreto d'ufficio ex articolo 326 c.p.	»	174
5. Trasmissione del segreto	»	175
6. Tutela della privacy, di <i>D. Torri</i>	»	176
6.1. Normativa e definizioni	»	176
6.2. Diritti dell'interessato	»	178
6.3. Regole generali per il trattamento dei dati	»	179
6.4. Trattamento dei dati in ambito sanitario	»	180
8. La cartella clinica	»	185
1. Definizione	»	185
2. La compilazione della cartella clinica	»	186
3. La cartella infermieristica	»	187
4. La scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.)	»	188
5. La conservazione della cartella clinica	»	189
6. La circolazione della cartella clinica	»	189
7. Inquadramento giuridico della cartella clinica	»	190
9. La certificazione, l'informativa inerente la salute pubblica e collaborazione con l'amministrazione della giustizia	»	193
1. Introduzione	»	193
2. I certificati	»	193
3. Le denunce sanitarie obbligatorie	»	195
4. La prescrizione di farmaci	»	198
5. Referto e denuncia di reato	»	199
5.1. Il referto	»	199
5.1.1. L'articolo 365 c.p.	»	200
5.1.2. La prestazione professionale	»	201
5.1.3. Formalità e contenuto del referto	»	202
5.1.4. Esimenti il referto	»	203
5.2. La denuncia di reato	»	204
10. Alcuni delitti procedibili d'ufficio riscontrabili nell'esercizio delle professioni sanitarie	»	207
1. Introduzione	»	207
2. Delitti contro la vita	»	209
2.1. Omicidio	»	210
2.1.1. Introduzione	»	210
2.1.2. Omicidio doloso	»	210
2.1.3. Omicidio colposo	»	212
2.1.4. Omicidio preterintenzionale	»	213
2.1.5. Omicidio del consenziente	»	213
2.1.5.1. Eutanasia	»	214
2.1.6. Infanticidio	»	216

2.2. Suicidio	pag.	217
2.3. Morte conseguente ad altro delitto	»	218
2.4. Abbandono di persone minori o incapaci	»	219
2.5. Omissione di soccorso	»	219
2.6. Rissa	»	221
3. Delitti contro l'incolumità individuale	»	221
3.1. Delitto di percosse	»	221
3.2. Delitto di lesione personale	»	222
3.2.1. Definizione	»	222
3.2.2. Lesione personale dolosa	»	223
3.2.3. Lesione personale colposa	»	224
4. Delitti contro l'incolumità pubblica	»	225
4.1. Le diverse fattispecie di reato	»	226
5. Delitti contro la libertà individuale	»	230
11. Forme di responsabilità, di O. Ferrario	»	232
1. Introduzione	»	232
2. I fondamenti della responsabilità penale	»	233
3. Responsabilità civile: concetto di danno alla persona	»	236
3.1. La responsabilità civile	»	236
3.2. La responsabilità da fatto illecito	»	238
3.3. Il danno alla persona	»	240
3.4. Determinanti del danno	»	240
3.5. Classificazione del danno	»	242
3.6. Accertamento del danno	»	243
3.7. La proiezione del danno	»	243
4. La responsabilità disciplinare	»	245

Parte terza. L'inizio della vita

1. La tutela della salute materno-infantile	»	250
1. Introduzione	»	250
2. I Consultori familiari	»	251
3. La legge 22 maggio 1978, n°194, "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza" (I.V.G.)	»	252
3.1. Introduzione	»	252
3.2. La legge n°194/78	»	253
3.2.1. I.V.G. entro i primi 90 giorni di gestazione	»	255
3.2.2. I.V.G. dopo i primi 90 giorni	»	258
3.2.3. Requisiti per la richiesta di I.V.G.	»	259
3.2.4. Obiezione di coscienza	»	260
3.2.5. I.V.G. e segreto professionale e segreto di ufficio	»	261
3.2.6. I.V.G. e ipotesi di reato	»	262
4. La legge n°40/04, "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita"	»	264

5. La tutela delle lavoratrici madri	pag.	271
--------------------------------------	------	-----

Parte quarta. Il divenire della vita

1. La tutela dei soggetti “fragili”	»	277
1. Introduzione	»	277
2. Le diverse forme di abuso	»	279
3. Delitti contro l’assistenza familiare	»	281
3.1. Abuso dei mezzi di correzione o di disciplina	»	282
3.2. Maltrattamento in famiglia	»	283
4. Delitti contro la libertà personale	»	284
4.1. Violenza sessuale, di <i>A. Sella</i>	»	284
4.1.1. Introduzione	»	284
4.1.2. Legge n°66/96, “Norme contro la violenza sessuale”	»	285
4.1.2.1. Elementi costitutivi il reato di violenza sessuale	»	287
4.1.2.2. Le circostanze aggravanti	»	288
4.1.2.3. Violenza sessuale ai danni di soggetti in condizioni di “inferiorità”	»	288
4.1.2.4. La procedibilità	»	290
4.1.3. L’approccio alla vittima	»	291
4.1.4. L’indagine clinica	»	292
4.1.5. Indagini di laboratorio	»	292
4.2. La violenza sessuale ai danni del minore	»	293
4.2.1. Introduzione	»	293
4.2.2. La tutela legislativa	»	295
4.2.3. Procedibilità e iter giudiziario	»	297
4.2.4. L’audizione protetta	»	299
5. Delitti contro la morale familiare	»	301
5.1. Incesto	»	301
5.1.1. Introduzione	»	301
5.1.2. L’incesto ex articolo 564 c.p.	»	305
6. Delitti contro la libertà morale	»	306
6.1. Lo stalking	»	306
7. Delitti contro il patrimonio mediante frode	»	309
7.1. Circonvenzione di persone incapaci	»	309
2. La tutela del sofferente psichico	»	312
1. Introduzione	»	312
2. La legge n°180/78	»	312
2.1. Le innovazioni apportate dalla legge n°180/78	»	314
2.2. Requisiti per l’attuazione di un trattamento sanitario obbligatorio	»	314
2.3. Procedura e durata del trattamento sanitario obbligatorio	»	315
3. Amministrazione di sostegno, di <i>D. Torri</i>	»	318
3.1. Dell’amministrazione di sostegno	»	318

3.2. Procedura di nomina, requisiti e compiti dell'amministratore di sostegno	pag.	320
3.3. I richiedenti l'amministrazione di sostegno	»	323
3.4. Effetti dell'amministrazione di sostegno	»	325
3.5. Doveri e limiti dell'amministratore di sostegno	»	326
3. La tutela del soggetto portatore di disabilità	»	330
1. Invalidità civile di <i>A. Sella</i>	»	330
1.1. Introduzione	»	330
1.2. Definizione	»	330
1.3. L'accertamento	»	332
1.4. I benefici	»	334
2. Il portatore di handicap	»	337
2.1. Introduzione	»	337
2.2. La legge n°104/92	»	337
2.2.1. Caratteristiche della condizione di handicap	»	338
2.3. Valutazione della condizione di handicap e i benefici garantiti dalla legge	»	341
2.4. Misure contro la discriminazione	»	342
4. Le dipendenze da sostanze	»	344
1. Introduzione	»	344
2. I servizi di prevenzione, cura e riabilitazione per le tossicodipendenze	»	346
3. Dipendenza da alcol (Alcolismo)	»	348
3.1. Introduzione	»	348
3.2. Accertamento dell'alcolemia	»	351
3.3. Intossicazione acuta e cronica da alcol	»	352
4. Dipendenze da sostanze stupefacenti e/o psicotrope (Tossicodipendenze)	»	354
4.1. Introduzione	»	354
4.1.1. Alcune sostanze di abuso	»	355
4.2. I soggetti assuntori di sostanze stupefacenti	»	362
4.3. Accertamento dell'uso di sostanza e diagnosi di tossicodipendenza	»	363
5. Il doping, di <i>E. Ferioli</i>	»	364
5.1. Introduzione	»	364
5.2. Cenni storici	»	365
5.3. Epidemiologia del Doping	»	366
5.4. La storia legislativa in Italia	»	366
5.5. Organismi e uffici preposti all'attività antidoping	»	367
5.6. La cooperazione internazionale: l'agenzia mondiale antidoping	»	368
5.7. Il codice mondiale antidoping	»	368
5. La tutela del lavoratore	»	372
1. La sicurezza sociale	»	372
1.1. Introduzione	»	372

1.2. Previdenza sociale	pag.	373
1.3. Assistenza sociale	»	374
1.4. Beneficienza	»	375
2. Previdenza sociale	»	376
2.1. Concetti generali	»	376
2.2. Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL)	»	377
2.2.1. Introduzione	»	377
2.2.2. L'infortunio lavorativo	»	378
2.2.3. La malattia professionale	»	380
2.2.4. Le prestazioni INAIL	»	384
2.2.5. L'istituto della revisione	»	386
2.2.6. Denunce e certificazioni. I compiti del medico	»	386
2.3. Il Mobbing	»	387
2.3.1. Rilevanza clinica e medico-legale	»	393
2.4. Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS), di <i>M. Chiaravalli</i>	»	393
2.4.1. Cenni Storici	»	393
2.4.2. Le attività dell'INPS	»	394
2.4.2.1. L'attività previdenziale	»	394
2.4.2.2. La gestione delle prestazioni a sostegno del reddito	»	398
2.4.2.3. Attività complementari	»	399

Parte quinta. Il termine della vita

1. Elementi di tanatologia forense di <i>D. Torri</i>	»	403
1. Tanatocronologia: i fenomeni cadaverici	»	404
1.1. Fenomeni abiotici immediati	»	404
1.2. Fenomeni abiotici consecutivi	»	404
1.3. Fenomeni trasformativi	»	407
2. Diagnosi di morte, di <i>A. Sella</i>	»	412
1. Il "processo" della morte	»	412
2. Definizione di morte in Italia	»	414
3. Diagnosi di morte	»	414
4. La morte cerebrale	»	416
5. Constatazione del decesso	»	419
6. Certificazione della morte	»	420
3. I trapianti d'organo, di <i>A. Sella</i>	»	424
1. Introduzione	»	424
2. I trapianti da cadavere	»	425

Presentazione

Questo volume nasce con l'intento di presentare, in modo sintetico, alcune "questioni medico-legali", sia a coloro che esercitano o eserciteranno una professione sanitaria – nozioni fondamentali allo svolgimento dell'attività assistenziale quotidiana – sia a coloro che praticano o praticeranno una professione giuridica, onde avere a disposizione informazioni circa risvolti giuridici delle attività assistenziali, nonché circa l'ausilio che può fornire l'operatore medico-sanitario nel diritto.

L'approccio alla medicina legale è spesso percepito come ostico, visto che da un lato le "questioni giuridiche" non rientrano in modo specifico nella formazione del medico o operatore sanitario e dall'altro "questioni mediche" non fanno parte del normale bagaglio di istruzione del giurista. In una forma quindi che vuole essere accessibile sia agli operatori del diritto sia a quelli della sanità si è qui cercato di ovviare a queste difficoltà.

Le leggi e gli articoli dei codici, civile e penale, che trovano applicazione in ambito sanitario, sono numerosi, così come sono molteplici le occasioni in cui un rappresentante dell'amministrazione della giustizia deve ricorrere al consulto dell'operatore sanitario, ragion per cui si è provveduto ad inserire in nota le normative di volta in volta discusse.

Il testo presentato vuole essere agilmente consultabile e conciso, senza rinunciare ad offrire – per chi lo desidera – alcuni spunti di approfondimento, attraverso le puntualizzazioni che si possono trovare nelle note.

Gli argomenti qui presentati non esauriscono certamente tutti di settori della medicina legale, avendo operato una scelta guidata dalla personale esperienza di applicazione della medicina legale, nonché dall'approccio didattico con gli studenti della facoltà di medicina e chirurgia. L'articolazione nei vari capitoli è stata inoltre ispirata e soccorsa dalla consultazione dei numerosi trattati di medicina legale oggi disponibili al lettore.

Hanno contribuito alla stesura di alcune sezioni del testo i dottori:

- Marco Chiaravalli, specialista in medicina legale, dottorando di ricerca in Medicina e Scienze umane, Università degli Studi dell'Insubria;
 - Elena Ferioli, biologa, dottore di ricerca in biologia molecolare, Università degli Studi dell'Insubria;
 - Omar Ferrario, specialista in medicina legale;
 - Alberto Sella, specialista in medicina legale, dottore di ricerca in scienze medico-forensi;
 - Davide Torri, medico specializzando in medicina legale, Università degli Studi dell'Insubria;
- ai quali vanno i miei più sentiti ringraziamenti.

Qui di seguito elenchiamo solo alcuni dei titoli consultati e che oggi rappresentano i punti di più saldo riferimento nel recente sviluppo della medicina legale, della psichiatria forense, della bioetica e della deontologia medica.

Bertol E., Catanesi R., Crinò C., Danesino P., De Leo D., Dell'Osso G., Domenici R., Gabbrilli M., Introna F., Lo Menzo G., Mari F., Ricci P., Rodriguez D., Tagliabracci A., *Elementi di Medicina Legale*, Monduzzi, Noceto, Parma, 2010.

Cattorini P., *Bioetica. Metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici*, Elsevier, Milano, 2011.

De Ferrari F., Palmieri L. (a cura di), *Manuale di medicina legale*, Giuffrè, Milano, 2007.

Fornari U., *Trattato di Psichiatria forense*, (quarta edizione), Utet, Torino, 2008.

Macchiarelli L., Arbarello P., Di Luca, N. M., Feola T., *Medicina Legale* (Seconda ed.), Minerva Medica, Torino, 2005.

Norelli G.A., Buccelli C., Fineschi V., *Medicina legale e delle assicurazioni*, Piccin, Padova, 2009.

Puccini, C., *Istituzioni di medicina legale*, (Sesta ed.), Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2003.

Tavani M., Picozzi M., Salvati G., *Manuale di deontologia medica*, Giuffrè, Milano, 2007.

Parte prima

**Ruolo e compiti
della medicina legale**

1. La medicina legale

1. Introduzione

La denominazione della disciplina già indica quale sia l'interesse e ambito specifico della medicina legale (ramo della medicina pubblica con la quale condivide il fine di operare in favore della società), quello cioè dell'applicazione del sapere medico alle norme del diritto. Infatti, sia la medicina sia la legislazione hanno quale scopo comune la salvaguardia del benessere psico-fisico e sociale del singolo e della collettività. Così la medicina legale studia le caratteristiche psicofisiche e sociali dell'uomo in rapporto alle leggi utilizzando un approccio sia teorico sia pratico. In questo senso, apportando e applicando le conoscenze mediche, da una parte interviene allorché si tratta di formare nuove leggi o di interpretare quelle già vigenti al fine di adeguarle sia ai progressi della scienza sia ai bisogni sociali dell'uomo (medicina giuridica), dall'altra, in qualità di ausiliare dell'amministrazione della giustizia, contribuisce alla risoluzione di casi concreti attraverso pareri tecnici motivati, la perizia in ambito penale o la consulenza tecnica in materia civile (medicina forense, vedi oltre).

Essendo disciplina medica e quindi conforme alla metodologia e al progresso della scienza medica, la medicina legale presenta però la peculiarità di doversi uniformare ed indirizzare in coerenza con il pensiero giuridico e l'evoluzione delle leggi. Così ogni prestazione medico legale deve attenersi al rigorismo obiettivo del metodo (fondandosi su motivazioni logiche e plausibili che tengano conto sia di tutti i dati obiettivi riscontrati nel caso in esame, sia delle più aggiornate e accreditate conoscenze scientifiche), oltre a dover considerare le norme giuridiche di volta in volta interessate.

Per quanto riguarda in particolare la metodologia da adottarsi nell'esercizio della medicina legale, è dunque necessaria una particolare impostazione mentale capace di vedere fatti medici in rapporto con il diritto.

2. La medicina legale nelle professioni sanitarie

La medicina legale si occupa sia del vivente, sia del cadavere, sia di materiale biologico di provenienza umana in relazione o con le norme giuridiche o con i dettami deontologici o con i principi della bioetica.

La medicina legale non è comunque unicamente disciplina “specialistica”, ma bagaglio di sapere indispensabile a qualsiasi professionista sanitario, in quanto, nell’esercizio quotidiano della sua attività lavorativa, incontra problematiche che non possono prescindere dalla conoscenza dei risvolti legali che queste comportano.

Così è necessario avere conoscenze non solo di fondamentali nozioni di diritto (vedi oltre), delle norme, del funzionamento e delle prestazioni inerenti il Servizio Sanitario Nazionale, ma anche di quanto si riferisce alle attività più strettamente medico legali, dei principi giuridici e deontologici attinenti le professioni sanitarie, delle forme di responsabilità professionali, delle questioni mediche che possono sorgere dalle necessità della collettività e nel sistema della sicurezza sociale, delle normative connesse all’inizio e alla fine della vita, della tutela dei lavoratori o dei soggetti “fragili”, del problema degli abusi di sostanze, ecc., argomenti questi sui quali verrà posta particolare attenzione nel presente testo.

3. Alcuni settori specifici della medicina legale

La medicina legale, oltre ai settori appena citati, comprende al suo interno numerosi altri campi di studio e applicativi specialistici, di cui alcuni connotati da tale specificità da esulare dagli scopi del presente testo (es. la medicina legale canonistica, quella militare, quella delle assicurazioni private o della pensionistica privilegiata, l’ostetricia e sessuologia forense), altri di cui di seguito vengono presentati unicamente accenni e alcune nozioni fondamentali, rinviando ad altri testi di medicina legale per approfondimenti, specie per quanto riguarda, ad esempio, la descrizione istologica di eventuali lesioni riscontrate.

3.1. Tossicologia forense (cenni)

La *tossicologia*, scienza incentrata sullo studio dei tossici o veleni¹ e delle alterazioni da questi prodotti nell’organismo, comprende tra i suoi

¹ Def. Per *tossico o veleno* si deve intendere ogni elemento o composto chimico, che, se introdotto in adatta via, nell’organismo provoca, attraverso un meccanismo biochimico, una

campi di applicazione anche la tossicologia *forense*. Questa, oltre ad essere, ad esempio, impegnata a dare risposte al giudice in tema di sospetto veneficio², svolge indagini circa la salute individuale e la salubrità degli ambienti di vita e di lavoro tenendo conto delle leggi e delle disposizioni vigenti³.

Altro suo importante campo di studio è quello connesso all'uso voluttuario di sostanze alcoliche o stupefacenti (vedi capitolo a riguardo) o all'uso di sostanze stimolanti al fine di migliorare il rendimento nelle prestazioni sportive (vedi capitolo riguardante il doping).

3.2. *Asfissologia (cenni)*

L'*asfissologia* studia le insufficienze respiratorie acute derivanti dall'azione meccanica (la dinamica respiratoria viene ostacolata attraverso una azione fisica di tipo ostruttivo o compressivo) e violenta (causa violenta agisce in modo rapido dall'esterno provocando insufficienza respiratoria acuta o acutissima), applicata direttamente sull'apparato respiratorio (o sulle vie aeree o sul mantice respiratorio) con conseguente impedimento alla libera penetrazione dell'aria nei polmoni e quindi arresto della ventilazione polmonare⁴.

L'insufficienza respiratoria acuta da azione meccanica violenta determina l'arresto delle funzioni vitali⁵, esitando solitamente nella morte (sono

malattia o la morte. La proprietà tossica di una sostanza chimica dipende dalla sua provenienza, modalità di azione, quantità (solitamente agisce in dose piccola) e solubilità. - N.B.: Un tossico può essere di natura sintetica, minerale, vegetale o animale; avere natura alcalina, acida, liquida, gassosa, ecc.; avere effetti cardiotossici, neurotossici, emotossici, tossici sistemici, irritanti e caustici, ecc. - Una intossicazione o un avvelenamento può essere fulminante, iperacuto, acuto, sub-acuto o cronico, a seconda del modo di insorgenza e del decorso clinico, può essere volontaria (suicidaria, criminosa, voluttuaria, autolesionistica, giudiziaria, da cause belliche ecc.) o involontaria (alimentare, domestica, accidentale, medicamentosa, professionale ecc.).

² Def. Il termine *veneficio* definisce una forma peculiare e oggi rara di omicidio doloso, in cui l'autore uccide utilizzando un veleno. Costituisce una forma aggravata di omicidio, essendo il veleno definito dal codice come "*mezzo insidioso*", in quanto, date le sue proprietà, può essere somministrato all'insaputa della vittima, privato da ogni possibilità di difesa.

³ N.B. Va qui menzionato l'*avvelenamento da ossido di carbonio*, causa di morte sia suicidaria, sia accidentale (per approfondimenti si rimanda a altri testi di medicina legale).

⁴ N.B. Esulano dall'ambito di studio dell'*asfissologia* le anossie ad eziologia endogena o tossica, rispettivamente di interesse per lo più clinico e tossicologico.

⁵ N.B. Si verificano sintomi a livello respiratorio (intensa dispnea, alitamento delle pinne nasali, ecc. fino all'arresto respiratorio), neuropsichico (ansietà, agitazione psico-motoria, tremori, convulsioni, ariflessia, perdita di coscienza), e cardio-circolatorio (tachicardia, congestione del viso e della congiuntive, cianosi, ipotensione, poi ipertensione, da cui la formazione di emorragie puntiformi osservabili a livello congiuntivale e degli organi interni) fino

rari in cui un tempestivo intervento di soccorso o la rimozione del mezzo compressivo o ostruttivo portano alla sopravvivenza) dopo circa quattro-sei minuti, lasso di tempo suddivisibile in quattro momenti: - primo stadio della *dispnea inspiratoria* o periodo irritativo (sforzo violento, specie inspiratorio, della ventilazione per cercare di superare l'ostacolo alla penetrazione dell'aria; durata da trenta secondi a un minuto) - secondo stadio della *dispnea espiratoria* o convulsivo (movimenti espiratori da ipercapnia seguiti da una sorta di crampo in posizione espiratoria; durata un minuto circa) - terzo stadio della *pausa respiratoria* o apnoico (cessazione dei movimenti respiratori; durata un minuto circa) - quarto stadio terminale o del *boccheggimento* (ricomparsa di tentativi di moti respiratori dovuti a residua eccitabilità dei centri nervosi bulbari; durata da uno a tre minuti).

Rientra nello studio dell'asfissia anche l'*annegamento*, caratterizzato dalle seguenti fasi: - fase *della sorpresa* (profonda e fugace inspirazione che riempie i polmoni di aria; durata di alcuni secondi) - fase *di resistenza* (apnea iniziale che impedisce la penetrazione di liquido; durata un minuto) - fase *dispnoica* (atti respiratori disordinati con introduzione di acqua nei polmoni; durata un minuto) - fase *apnoica* (stato di morte apparente, arresto definitivo del respiro; durata un minuto) - fase *terminale del boccheggimento* e dell'arresto del battito cardiaco (per approfondimenti si rinvia ad testi di medicina legale).

Diverse modalità di azione meccanica possono determinare l'impedimento della ventilazione polmonare:

a. - la simultanea occlusione degli orifizi respiratori determina *soffocamento*: l'occlusione contemporanea di bocca e narici (un'evenienza per lo più omicidaria⁶) può essere provocata o dall'applicazione diretta del palmo della mano sulla bocca e chiusura delle narici con le prime due dita, o me-

all'arresto cardiaco. - Si possono descrivere una fase *di difesa* o preasfittica, in cui il soggetto resiste alla sospensione del respiro, seguita da quella breve *di reazione* con scarica adrenalinica da cui iperventilazione, tachicardia, splenocostrizione, aumento della circolazione sanguigna periferica e uso delle riserve di glicogeno, per finire con lo *scompenso*, per anosia e acidosi, con paralisi respiratoria, cessazione delle funzioni cerebrali e arresto cardiaco.

⁶ N.B. Nel *soffocamento omicidario* tra autore e vittima si evidenzia sempre una certa sproporzione di forza in quanto è attuabili unicamente nei casi in cui l'agredito non è in grado di opporre una valida difesa (es. neonati, bambini, anziani defedati, donne, portatori di handicap, soggetti in stato di incoscienza, ecc.). - Vanno anche segnalati rari casi di *soffocamento accidentale*, ad esempio, di neonati o lattanti (incapaci di liberarsi da cuscini o coperte occludenti gli orifizi respiratori) o di adulti (es. pratiche autoerotiche) suicidario (usando ad es. involucri di plastica).

diante la pressione di mezzi larghi e soffici (es. stracci, indumenti, cuscini ecc.) sul volto della vittima⁷;

b. - una compressione delle vie respiratorie dall'esterno può attuarsi attraverso lo strozzamento, lo strangolamento o l'impiccamento:

- nello *strozzamento* (solitamente omicidiario) con le sole dita, o con una o due mani, viene esercitata una violenta costrizione del collo con conseguente compressione delle vie respiratorie⁸;

- nello *strangolamento* (prevalentemente omicidiario, a volte accidentale e raramente suicidario) l'asfissia meccanica consegue all'uso di un laccio o altro mezzo equivalente (es. filo metallico, corda, cinghie, sciarpe, ecc.) avvolto attorno al collo e stretto da una forza esterna fino a portare ad una progressiva costrizione del lume delle vie aeree;

- nell'*impiccamento* (accidentale, raramente omicidiario⁹, più frequente suicidario) un laccio¹⁰, fissato con un estremo ad un sostegno e posto in trazione dal corpo completamente (impiccamento *completo*) o incompletamente (impiccamento *incompleto*) sospeso, applicato intorno al collo esercita una violenta costrizione del collo, determinando l'occlusione delle vie respiratorie (il laccio si arresta in corrispondenza dello spazio tiro-ioideo, l'osso ioide viene spostato in dentro e la base della lingua viene sollevata contro il palato molle e la faringe), arresto della circolazione nei vasi del collo (carotidi e giugulari), nonché compressione e stiramento del nervo vago e eccitazione dei recettori nervosi carotidei, da cui in via riflessa può derivare arresto cardiaco. Quando la trazione è stata molto energica possono inoltre prodursi lesioni del rachide cervicale (lussazione o frattura del dente dell'epistrotrofo), del bulbo e del midollo spinale¹¹.

Sia nello strangolamento sia nell'impiccamento viene quindi fatto uso di un laccio anche se diversamente applicato, che lascerà a livello del collo

⁷ N.B. L'esame della vittima di *soffocamento* evidenzia reperti significativi, quali ecchimosi ed escoriazioni da compressione sulla cute delle labbra e delle narici, nonché ecchimosi e piccole ferite lacere sulla mucosa delle labbra e delle guance dovute allo schiacciamento contro il margine libero dei denti.

⁸ N.B. In caso di *strozzamento*, a livello del collo, si evidenziano lesioni prodotte dalla compressione delle dita e delle unghie, quali ecchimosi, escoriazioni figurate (unghiate).

⁹ N.B. Al riguardo va fatta diagnosi differenziale tra impiccamento e *sospensione di cadavere* (carattere non vitale delle lesioni dei tessuti superficiali e profondi del collo), situazione in cui un soggetto, ucciso in altro modo, viene poi appeso a una corda al fine di simulare un suicidio.

¹⁰ N.B. Nell'*impiccamento* il laccio può essere applicato in diverse posizioni, da cui la seguente distinzione: - impiccamento *tipico* quando il nodo corrisponde alla nuca; - impiccamento *atipico* quando il nodo è in posizione laterale o anteriore del collo.

¹¹ N.B. Altri reperti esterni nell'*impiccamento* possono essere: macchie ipostatiche disposte nelle parti distali degli arti superiori (a guanto) e inferiori (a calzino) - intensa cianosi del volto - emorragie sottocongiuntivali - protrusione della lingua - a volte esoftalmo.

l'impronta circolare a stampo, il *solco cutaneo*, una depressione lineare più o meno infossata con un alone di arrossamento ai margini, escoriazioni, fini emorragie puntiformi e creste cutanee corrispondenti alle volute del laccio, il cui aspetto dipende sia dal tipo di laccio (*solco molle* da laccio soffice, a superficie larga e liscia, quali sciarpe e simili, rappresentato da un'impronta tenue, di colore rosso chiaro o leggermente cianotico; *solco duro* da laccio a superficie scabra e stretta, quale corde o cingoli ruvidi, caratterizzato da infossatura profonda e escoriata della cute, che si presenta scabra, secca e giallastra e di consistenza pergamenacea) sia dalla modalità di applicazione. Così nello *strangolamento* il solco è di regola *continuo*, a direzione *orizzontale*, di *profondità uguale* in ogni sua parte, la cui *sede* è solitamente quella della *regione mediana* del collo, all'altezza della laringe o della trachea; - nell'*impiccamento* il solco presenta *direzione obliqua*, dal basso all'alto, *discontinuità*, interrompendosi in corrispondenza del nodo, e *differente profondità*, essendo massima nel pieno dell'ansa per poi diminuire progressivamente verso l'alto.

c. - una ostruzione delle vie respiratorie dall'interno si verifica nell'*annegamento* (asfissia prodotta dalla penetrazione di un liquido nelle vie respiratorie¹²), nelle *asfissie da respirazione* (da intasamento con pezzi di stoffa, oggetti, ecc., o bolo alimentare) o nelle *sommersioni interne* (vomito, sangue, pus, liquido idatideo);

d. - una immobilizzazione (compressione) del torace con conseguente impedimento delle respirazione (si parla di soffocazione indiretta) può essere causa di *morte nella folla*, nel *seppellimento*, nella *sospensione o crocifissione*;

e. - la carenza di ossigeno nell'aria respirata determina un'asfissia da *confinamento*.

¹² N.B. Allorquando un cadavere di soggetto *annegato* viene rimosso dall'acqua a livello della bocca e delle narici compare il cosiddetto *fungo schiumoso* o mucoso, una bava soffice, bianca o rosea, formatasi durante gli atti dispnoici e derivato dal mescolarsi dell'aria ancora presente nelle vie polmonari con il liquido annegante e il muco secreto dalle ghiandole bronchiali (N.B. un fungo può prodursi anche nelle morti da edema polmonare, da avvelenamenti ecc.). - Nel soggetto annegato vi sono alcuni aspetti particolari riguardanti i fenomeni post-mortali, fra cui: ipostasi di colorito rosso-chiaro, distribuite e confluenti al viso, alle spalle, alle regioni anteriori del torace, in quanto il cadavere in acqua assume una posizione prona - raffreddamento rapido - putrefazione ritardata per rallentato sviluppo dei germi anaerobi; - diventa però rapida allorquando il corpo viene estratto dall'acqua, assumendo un aspetto gigantesco per il rapido sviluppo dei gas putrefattivi.

3.3. Traumatologia (cenni)

La *traumatologia*, parte dell'ampio campo di studio riguardante la lesività (comprendente tutti i fatti di natura esterna e violenta, considerati dal punto di vista medico-giuridico, che possono determinare danni all'integrità fisica e/o psichica della persona), si occupa degli effetti lesivi causati nel vivente e nel cadavere da azioni meccaniche.

Si possono distinguere varie tipologie di traumi (esterni o interni, fisici o psichici), di lesioni cioè causate da azioni di natura meccanica e da cui possono derivare diversi effetti (locali o generali, anatomici o funzionali, immediati o consecutivi, diretti o indiretti, primari o secondari).

Così la traumatologia analizza sia le lesioni derivanti da traumi interni (lesioni da sforzo), sia quelle cagionate da corpi contundenti, arma bianca, arma da fuoco, elettricità, energia termica, radiazioni, vibrazioni, variazioni della pressione atmosferica, sia quelle conseguenti ai cosiddetti grandi traumatismi.

A. I corpi contundenti¹³, caratterizzati da una superficie piana o convessa, con lati arrotondati o smussi, privi quindi di spigoli pungenti o taglienti, possono determinare lesioni sia superficiali a carico dei tegumenti, sia più profonde coinvolgendo muscoli (lacerazioni), tendini (strappi), ossa (fratture), tronchi nervosi, vasi venosi o arteriosi, organi (dislocazioni o rotture). All'esame obiettivo si possono evidenziare:

- **a. irritazioni** cutanee che possono essere *semplici* (reazione vasomotoria con impallidimento e arrossamento della pelle, sensazione dolorosa locale, cui seguono torpore e ipoestesia), *acute* (da oggetto ruvido, con reazione infiammatoria asettica locale, dolore o bruciore, arrossamento, essudazione formazione di vescicole sierose sottoepidermiche), o *croniche* (da stimolo ripetuto e prolungato nel tempo da cui possono derivare collosità, lipomi, borsiti, ecc.);

- **b. compressioni**¹⁴;

- **c. ecchimosi**, consistente nella raccolta nei tessuti di sangue fuoriuscito dai vasi mentre rimane integra la cute, che, a seconda della sede e dell'entità dello stravasamento ematico, si distinguono in *petecchie* (ecchimosi puntiformi di origine capillare), *ecchimosi* (tumefazioni diffuse e non fluttuanti), *ematomi* (focolaio emorragico formante una cavità nel sottocuta-

¹³ Es. *Corpi contundenti*: mani e piedi, tirapugni, mazze ferrate, martelli, barre di ferro, bastoni, ecc., ma anche getti di gas o acqua ad alta pressione, esplosioni, ecc.

¹⁴ N.B. Una *compressione* costituisce l'effetto provocato sulla cute da un oggetto a superficie piana (es. nastro, cintura, ecc.).

neo), *bozze ematiche* (ematomi voluminosi e sporgenti) o *suggellazioni* (piccole emorragie puntiformi ravvicinate e confluenti);

- **d.** *escoriazioni*, prodotte da una contemporanea azione di strisciamento e compressione, a cui segue il distacco della pelle, che consistono nell'asportazione dell'epidermide e messa a nudo del derma e possono presentarsi come escoriazione *bianca* (linfatica) o *rossa* (ematica);

- **e.** *ferite lacero-contuse*, consistenti in una soluzione di continuo recente dei tegumenti e delle sottostanti parti molli; a seconda del meccanismo d'azione prevalente, possono essere distinte in *lacere* (prevalere l'azione di strappamento) e *lacero-contuse* (azione contemporanea di schiacciamento, strappamento o sfregamento);

- **f.** *contusioni profonde*, o sottocutanee, lesioni rinvenibili al di sotto del pannicolo adiposo sottocutaneo, coinvolgenti cioè tessuti o organi e distinguibili in contusioni semplici, lacerazioni e dislocazioni viscerali.

B. Le lesioni prodotte da *arma bianca* possono essere distinte in:

- **a.** ferite *da taglio*, caratterizzate dalla soluzione di continuo recente a carico dei tessuti molli prodotta da uno strumento tagliente¹⁵, costituito da una lama a sezione triangolare dotata di uno spigolo affilato; possono presentarsi come abrasioni, ferite lineari, ferite a lembo e ferite mutilanti¹⁶;

- **b.** ferite *da punta* che si presentano come una soluzione di continuo recente delle parti molli superficiali e profonde prodotta da uno strumento a punta¹⁷, caratterizzato da una forma cilindrica o conica allungata, terminante con una punta acuminata e presentante sezione circolare od ovale di diametro variabile; a seconda dello spessore, può determinarsi o un piccolo foro puntiforme, che si chiude non appena il mezzo viene estratto rimanen-

¹⁵ N.B. Si distinguono taglienti *tipici* (es. coltelli, lamette da barba, rasoi, bisturi), *atipici* (es. schegge di coccio, frammenti di vetro, ecc.) e *impropri* (es. lama dentata di una sega). Le ferite da taglio possono essere di origine accidentale, suicidaria (*svenamento* con ferite a livello della superficie flessoria dei polsi, dei gomiti, o in regione inguinale; frequente riscontro di "ferite di prova", parallele e superficiali), o omicidaria (es. *scannamento* con lesioni a livello della superficie antero-laterale del collo con morte in seguito a recisione dei grossi vasi, del nervo vago, o per sommersione interna da aspirazione di sangue, o per embolia gassosa).

¹⁶ N.B. Fra le caratteristiche delle *ferite da taglio*, può assumere importanza l'analisi e descrizione delle cosiddette *codette*, prolungamenti superficiali del taglio rinvenibili sia all'entrata (codetta breve) sia all'uscita (codetta più lunga) del tagliente onde stabilire la dinamica del ferimento. (per l'istologia si rimanda ad altri testi specifici).

¹⁷ N.B. Possono distinguersi strumenti *pungenti tipici* (es. chiodi, aghi, spilli, punteruoli ecc.), *atipici* (punte di bastoni o ombrelli ecc.) e *naturali* (spine vegetali, corna animali o spine di pesce, ecc.).

do unicamente una traccia appena rilevabile, o produrre ferite più o meno profonde a fondo cieco o trapassanti;

- **c.** ferite *da punta e taglio* si presenta come una soluzione di continuo recente dei tessuti molli superficiali e profondi provocate da strumenti, dotati di lama mono-, bi-tagliente o di tre o quattro spigoli taglienti, con azione pungente e tagliente¹⁸;

- **d.** ferite *da fendente*, solitamente gravi, rappresentate da discontinuazioni recenti di tessuti molli e strutture scheletriche a forma di ferite lineari, a lembo o mutilanti, provocate da strumenti caratterizzati da lama grossa, robusta, pesante con spigolo affilato¹⁹.

C. A seconda dell'*arma da fuoco*²⁰ usata, si distinguono lesioni (contusioni, ferite penetranti²¹, lesioni da scoppio, fratture, lesioni di organi interni) causate da:

- **a.** arma a *proiettile singolo*. La traiettoria del proiettile singolo provoca un *foro di entrata* (un colpo esplosivo a contatto provoca una ferita da scoppio sotto forma di uno squarcio della pelle a forma stellata, vicino alla quale si osserva l'impronta e stampo del piano anteriore dell'arma; - nel colpo da vicino, distanze da 5-40 cm, attorno al foro di entrata sono variamente visibili diversi segni lasciati dalla deflagrazione della polvere, cioè la fiamma, i gas, il fumo e le particelle incombuste responsabili rispettivamente degli aloni di ustione, di affumicatura, di tatuaggio e di compressione; - nel colpo sparato a distanza, intorno al foro di entrata, ferita a stampo di diametro inferiore a quello del proiettile, si evidenziano l'orletto di detersione nerastro e untuoso prodotto dallo sporco della canna trasportato dal proiettile, e l'orletto di escoriazione dovuto all'azione contusiva ed escoriativa del proiettile), un *tramite* (cavità permanente formata dal tragitto all'interno dell'organismo; può essere completo o incompleto) e un *foro di uscita* (di forma e dimensione variabili, con estroflessione dei margini, soli-

¹⁸ N.B. Strumenti da *punta e taglio* possono essere *tipici* (es. spade, pugnali, coltelli), *atipici* (es. schegge di vetro, spicule ossee, ecc.) o *particolari* (es. trincetti, forbici, ecc.).

¹⁹ Es. *Fendenti*: mannaie, scuri, sciabole, accette, ecc.

²⁰ N.B. Esistono varie categorie di *armi da fuoco*, ma in medicina legale vengono studiate in particolare gli effetti delle cosiddette armi portatili a *canna corta* (pistole e rivoltelle) o a *canna lunga* (fucili da caccia, carabine, mitragliatrici).

²¹ N.B. Le *ferite penetranti* possono essere distinte in: ferite *a fondo cieco* (foro di entrata e tramite incompleto con ritenzione del proiettile), ferite *trapassanti* o *trasfosse* (foro di entrata, tramite completo e foro di uscita), ferite *a semicanale* (proiettile urta di striscio una superficie curva, scavandovi una specie di doccia), ferite *contornanti* (tramite presenta una decorso curvilineo) e ferite *a setone* (tramite superficiale situato nel tessuto cutaneo che collega i fori di entrata e di uscita).

tamente assenza di orletto di escoriazione, dell'ustione, dell'affumicatura e del tatuaggio).

- **b.** arma a *proiettili multipli* (es. fucile da caccia con cartucce contenenti numerosi pallini). Le tipologie di ferite variano a seconda della distanza a cui è stato esploso il colpo: a breve distanza i pallini sono ancora ammassati determinanti una breccia unica; dopo uno o due metri di traiettoria, ad iniziare dalla periferia della "massa", i pallini iniziano a distanziarsi per formare la cosiddetta *rosata* che provoca una breccia centrale circondata da ferite puntiformi; quando tutti i pallini sono discostati tra loro si evidenziano ferite multiple a rosata.

D. Nella lesività da *elettricità* si parla di *folgorazione* o *elettrocuzione* se le lesioni derivano da energia elettrica di uso industriale o domestico, mentre si usa il termine di *fulminazione* quando sono provocate da elettricità atmosferica. Gli effetti della corrente elettrica sull'organismo sono principalmente determinati da fenomeni elettrotermici, dalla polarizzazione elettrolitica e dall'azione elettromeccanica. A livello cutaneo, seppure non obbligatoriamente, si possono osservare *ustioni* (ustione elettrica: in genere ben delimitata, indolore, non essudante e non suppurativa, cute è secca di aspetto pergamenaceo) o *marchio elettrico* (lesione "elettrospecifica", generalmente localizzata a livello del punto di contatto fra cute e conduttore di elettricità, di forma irregolarmente rotondeggiante o a immagine di stampo parziale o intero della forma del conduttore, con due aspetti fondamentali: *senza perdita di sostanza*, costituito da un rilievo cutaneo giallo-grigiastro, depresso al centro, di forma variabile, a margini netti, dimensioni di pochi millimetri e consistenza pergamenacea; *con perdita di sostanza* a spese dell'epidermide e del derma, a forma di cratere a stampo con fondo giallo-grigiastro o rosso-scuro, margini sottominati).

E. Lesività da *energia termica* deriva dall'esposizione del corpo a:

- **a.** temperature *elevate* che possono produrre *ustioni* (a seconda della temperatura del mezzo urente²², della durata e della superficie di azione, delle caratteristiche del tessuto colpito, l'ustione si qualifica di I, II, III, o IV grado); o *lesioni da calore* propriamente dette (crampo da calore, colpo di calore, colpo di sole, collasso ed esaurimento da calore);

- **b.** temperature *basse* che producono *lesioni da freddo* (perfrigerazione, assideramento, congelamento).

²² Es. *Mezzi urenti*: agenti liquidi o gassosi, vapori surriscaldati, fiamme o corpi solidi arroventati.

F. Le lesioni da *energia radiante*²³ sono diverse a seconda se prodotte da:

- **a.** radiazione *ionizzanti* che possono provocare sia *lesioni locali* (a livello di cute, mucose, occhio, ghiandole endocrine, apparato riproduttivo, osteoarticolare e muscolare, tessuto emopoietico, cellule del sangue, o SNC) sia *effetti generali* (male da raggi, allergia da raggi, sindrome acuta da raggi);

- **b.** radiazioni *non ionizzanti* che possono causare ustioni cutanee e fotocoagulazione retinica;

- **c.** raggi infrarossi, luminosi e ultravioletti che possono produrre le cosiddette lesioni da energia fotica, prevalentemente a carico dell'occhio e della cute.

G. Lesività da *vibrazioni*. In base alla loro frequenza le vibrazioni possono distinguersi in suoni, infrasuoni e ultrasuoni.

- **a.** Le lesioni provocate da vibrazioni, le cosiddette *vibropatie*, sono specialmente connesse all'attività lavorativa e possono determinare: - patologie da strumento vibranti (martelli pneumatici, scalpelli, perforatrici, trapani, ecc.) a carico delle strutture osteo-articolari e angioneurotiche conseguenti a ripetuti microtraumi vibratorii; - sindrome traumatico-vibratoria (carri pesanti, carrozze ferroviarie, ecc.) a carico della colonna vertebrale e del sistema digerente.

- **b.** Le *lesioni da rumore* (industria, traffico urbano, ecc.) coinvolgono sia l'apparato uditivo (ipoacusia o sordità) sia la sfera neurovegetativa e psichica (cefalea, vertigini, turbe digestive, insonnia tremori, ecc.).

H. Le lesioni causate da variazioni della pressione atmosferica sono definite *baropatie*, suddivisibili in *ipobaropatie* (male di montagna, male cronico delle altitudini e male degli aviatori) e *iperbaropatie* (sintomi da compressione, sintomi da decompressione, ebbrezza delle profondità).

I. I *grandi traumatismi* costituiscono eventi traumatici in cui intervengono complessi e molteplici meccanismi lesivi che provocano numerose, diversificate e gravi lesioni in varie parti corporee (mortalità o con notevoli reliquati anatomo-funzionali), quali

- **a.** la *precipitazione* (da piccola o media altezza, non superiore a 10 m; da grande altezza, superiore a 10 m), di tipo cefalica, podalica o su tutta la lunghezza del corpo, determina lesioni sia esterne (cute), sia interne (sche-

²³ N.B. radiazione *ionizzanti* possono essere corpuscolari o elettromagnetiche, prodotte da elementi radioattivi naturali, quali ad es. torio, uranio o radio, o artificiali, quali raggi X e radioisotopi - radiazioni *non ionizzanti* sono ad es. onde radio; raggi laser.

letro e organi), con una caratteristica sproporzione tra l'entità "modesta" delle prime rispetto alla gravità delle seconde;

- **b.** lo *schiacciamento* propriamente detto, il *tamponamento* del corpo e il *seppellimento*;
- **c.** l'*esplosione*;
- **d.** l'*impalamento*²⁴;
- **e.** gli *incidenti* stradali²⁵, ferroviari, nautici e aerei.

Tutte le tipologie di lesioni succintamente descritte possono evidentemente avere risvolti giuridici, situazioni nelle quali interviene la traumatologia *forense* che dovrà stabilire la natura del trauma, la provenienza e la modalità d'azione dello strumento usato, determinare la natura e entità del danno derivante, oltre ad accertare le circostanze in cui è avvenuto il fatto lesivo (autolesionismo, evento accidentale, infortunio lavorativo, suicidio o omicidio).

3.4. Sopralluogo giudiziario (cenni)

In occasione del ritrovamento di un cadavere o qualora vi sia il sospetto che in un dato luogo sia stato commesso un delitto, il medico può venire incaricato di effettuare le indagini del sopralluogo (può anche essere disposto in caso di infortunio lavorativo o negli incidenti del traffico, ecc.). Una tale richiesta può partire dalla Polizia Giudiziaria, dal Giudice oppure dal Pubblico Ministero, assumendo il medico rispettivamente la funzione di Ausiliario, di Perito o di Consulente.

Il sopralluogo giudiziario, attraverso l'ispezione di luoghi e cose, è finalizzato ad accertare le tracce e altri effetti materiali che un reato può aver lasciato, costituendo in tal senso un mezzo di ricerca della prova, disposto con decreto motivato da fondati indizi di reato dall'autorità giudiziaria²⁶.

Prima di iniziare l'esame del sopralluogo, già autorizzato dalla magistratura, devono essere state completate le necessarie indagini preliminari e vanno consultati altri membri dell'equipe intervenuti.

²⁴ Def. Per *impalamento* si suole intendere una rara modalità lesiva, distruttiva, lacerante e spesso mortale, causata dalla penetrazione in qualunque parte del corpo di un voluminoso mezzo dotato di una estremità più o meno smussa.

²⁵ N.B. Gli *incidenti stradali* possono dividersi in: *investimento di pedone* (comprende diverse fasi: urto, proiezione, propulsione, arrotamento e trascinamento); *lesioni del conducente*; lesioni dei trasportati; *lesioni dei motociclisti e dei ciclisti*, eventi da cui derivano numerosissime tipologie di lesioni.

²⁶ art. 244 c.p.p. (*Casi e forme delle ispezioni*): "1. L'ispezione delle persone, dei luoghi e delle cose è disposto con decreto motivato quando occorre accertare le tracce e gli altri effetti materiali del reato. /.../".

Nello svolgimento dell'incarico affidatogli, il medico deve aver ben presente le regole da seguire, anche e specialmente perché dal suo esame potranno emergere dati di valore eventualmente decisivo per quanto riguarda sia la diagnosi differenziale tra evento accidentale, suicidario o omicidario, sia il problema della causa della morte, sia per le questioni di responsabilità. Infatti, sono diverse le domande²⁷ che con questa indagine dovrebbero trovare risposta: che cosa, quando, dove, con che cosa, in che modo e perché, è successo e possibilmente chi è stato il colpevole. In altre parole, il committente l'esame richiede se trattasi di omicidio, suicidio, accidente o di morte naturale, quando e dove è avvenuto il fatto, quali mezzi sono stati usati e come, se ci può essere una indicazione sul perché del fatto e possibilmente chi lo ha messo in atto.

Eeguire il sopralluogo significa fornire una descrizione quasi fotografica, con l'ausilio di schemi, appunti, disegni, della scena del delitto, riportando analiticamente e scrupolosamente ogni dato riferito all'ambiente (aperto, chiuso, vie di accesso, temperatura, umidità, eventuali impronte o tracce, reperti biologici, ecc.) e alla vittima (postura, vesti, eventuali lesioni, segni di colluttazione, dati relativi all'epoca della morte, connotati e contrassegni, eventuali perdite di sangue, presenza di eventuali mezzi di contenzione, ecc.), descrizione possibilmente corredata da fotografie.

Terminato il sopralluogo, il cadavere potrà essere trasportato all'obitorio per l'esecuzione dell'esame autoptico.

3.5. Identificazione personale

di *Elena Ferioli*

3.5.1. Note introduttive

L'*identificazione personale*, procedura caratterizzata da peculiarità proprie e richiedenti per il suo espletamento specifiche e approfondite conoscenze tecniche, è un importante ed affascinante settore della medicina legale, attraverso la quale si riconosce oppure si individua una persona in base a una sufficiente quantità di elementi probatori desunti dall'esame diretto (del *vivente* o del *cadavere* o dei *resti*) e dagli esami strumentali confrontati poi con eventuali dati archiviati. Il rilevante incremento numerico osservato negli ultimi anni di cadaveri e resti umani sconosciuti rinvenuti nei grossi centri urbani così come grandi calamità naturali, catastrofi ferroviarie, ae-

²⁷ N.B. I patologi forensi parlano in questo senso delle cosiddette "Seven golden W": *what happened – when – where – with what – which manner – why – who*.

ree e marittime, nonché guerre e atti di terrorismo capaci di determinare disastri di massa in cui il riconoscimento delle persone decedute è spesso reso difficoltoso da fenomeni di deprezzamento e/o intensa carbonizzazione, rendono ragione dell'estrema attualità dell'argomento.

Il processo di riconoscimento di un individuo, sebbene condotto con diverso proposito, può essere rivolto altroché, come più spesso accade, all'identificazione di un cadavere o parti di esso, anche nei confronti di un soggetto vivente o suo materiale biologico (formazioni pilifere, frammenti cutanei e liquidi biologici).

Qualora si è in presenza di un soggetto vivente o suo materiale biologico, l'accertamento tecnico è legittimato da necessità identificative di soggetti indiziati, indagati o imputati, cui si attribuisce un comportamento delittuoso e che non hanno interesse a svelare la propria identità o, limitatamente alla determinazione dell'età, per stabilire il raggiungimento della soglia cronologica del quattordicesimo e diciottesimo anno di vita (epoche in cui, rispettivamente, si acquisisce l'imputabilità e la capacità civile). Tale esigenza può prospettarsi anche nel caso di individui dispersi a causa di guerre, pubbliche calamità e laddove si sospetti uno scambio di persona per mera fatalità (neonati scambiati per errore nelle sale di maternità) o per finalità di commercio (sostituzione di infanti o rapimento e commercio di bambini) o assicurativo.

Fine ultimo del processo identificativo è quello di determinare l'identità individuale, altrimenti detta specifica, attraverso la raccolta di un adeguato numero di specifici parametri morfologici e morfometrici, istologici, biochimici e biomolecolari che consentiranno il perseguimento di tale obiettivo per via sia diretta, mediante comparazione di caratteri somatici e biologici (dattiloscopia, polimorfismi genetici, confronto e sovrapposizione di immagini, repertamento di segni patologici distintivi), sia indiretta, attraverso l'attribuzione di caratteri generici (specie, razza, sesso, statura, età) costituenti i singoli elementi di un mosaico la cui composizione finale consentirà il riconoscimento dell'individuo vivente o cadavere, oggetto dell'indagine accertativa.

3.5.2. Identificazione generica di *resti o cadavere*

A seconda dello stato di rinvenimento dei resti o del cadavere si procede seguendo una scaletta ben precisa al fine di ricostruirne il *profilo biologico*, vale a dire determinarne la specie di appartenenza, la tipologia razziale, il sesso, l'altezza, l'età cronologica e biologica.

1) *Diagnosi di specie*

Il primo passo nell'identificazione consiste, qualora i resti siano gravemente compromessi, addirittura nell'accertamento della *natura umana* di questi. Questa ricerca non presenta difficoltà se la parte corporea in esame è di dimensioni sufficienti e di aspetto inconfondibile (es. un dito o un padiglione auricolare) da essere riconosciuta con la semplice osservazione diretta. Talvolta è sufficiente effettuare una accurata indagine macroscopica per giungere ad una esclusione dell'origine umana, ma il più delle volte, trattandosi di resti in riduzione scheletrica o combusti, è necessaria l'applicazione di specifici parametri antropologici ed odontologici.

- a) Esami sul *tessuto osseo*: la disposizione delle trabecole ossee è orientata secondo la sollecitazione meccanica delle linee di forza dovuta alla stazione eretta, per cui, ad esempio, il femore umano mostra un'architettura trabecolare diversa da quella di un femore animale; l'indice midollare (rapporto tra il diametro del canale midollare e quello della diafisi), nell'uomo è inferiore a 0,5, mentre negli animali è superiore; gli osteoblasti sono fusiformi nell'uomo, ovali in altri mammiferi; lo spessore delle lamelle ossee è superiore nell'uomo e i canali di Havers sono meno numerosi e di diametro maggiore.

- b) I *denti* umani sono i soli ad avere la corona e la radice sullo stesso asse. Inoltre la struttura istologica dentaria differisce soprattutto nella disposizione dei prismi di smalto.

Se sopravvivono frustoli di *tessuto molle* è possibile applicare tecniche del DNA (antropologia molecolare) o di immunologia (es. test ELISA²⁸ volto alla detezione di antigeni umani) per verificarne la natura umana.

2) *Stima dell'origine geografica – diagnosi di razza*

Il rilevamento costante di gruppi popolazionistici dotati di caratteri macroscopici, sierologici e genetici complessivamente uniformi, conferisce sostanza al termine *razza*, la cui diagnosi in campo antropologico forense, ha assunto un'importanza sempre più rilevante, ove si consideri la compagine multietnica che caratterizza oramai la nostra società. Le forme umane principali, differiscono per forma ed indice di appiattimento del capo, colore della cute e distribuzione melaninica, pelosità del corpo, caratteristiche del massiccio facciale, morfologia del capo, indice nasale, indice cefalico, altri caratteri somatici e sierologici.

Differenze razziali sono state rilevate soprattutto a carico del cranio²⁹, della pelvi e delle ossa lunghe. Da queste valutazioni non solo è possibile

²⁸ Def. ELISA: *Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay* (Dosaggio Immune Adsorbito Legato ad un Enzima). Versatile metodo di analisi immunologica usato in biochimica per rilevare la presenza di un dato antigene.

²⁹ Def. 1) *Caucasici*: caratterizzati da assenza di prognatismo, apertura nasale stretta ed alta, spina nasale marcata, orbite di forma triangolare; 2) *Negroidi*: caratterizzati da prognatismo

risalire alle grandi cerchie razziali (Caucasoidi, Mongolidi, Negroidi, Australomelanesoidi e forme derivate etiopidi, malgasce, polinesidi ed amerindie), ma talora anche i sottotipi etnici, specie quando mostrino caratteri sufficientemente differenziali.

3) *Diagnosi di sesso*

La *determinazione del sesso* è un carattere di importanza primaria. Di facile e sicura attribuzione nel caso di cadaveri anche in avanzato stato di decomposizione (è possibile stabilirlo in base agli organi genitali interni riconoscibili alla sezione cadaverica, quali utero e prostata) si basa sullo studio morfologico del dimorfismo sessuale di alcuni distretti scheletrici, quali cranio, bacino, e analisi metrica di alcuni suoi componenti, come la testa del femore e del radio nel caso di resti scheletrici.

L'affidabilità della diagnosi di sesso è del 100% in presenza dell'intero scheletro, del 98% quando si disponga di cranio e pelvi, del 95% della sola pelvi, del 90-95% di ossa lunghe e cranio o pelvi in alternativa, dell'80% delle sole ossa lunghe. Spesso però fattori come la nutrizione, la razza e le attività occupazionali possono inficiare il valore di dimorfismo sessuale espresso dai distretti ossei. Lo studio morfologico, inoltre, trova scarsa applicabilità in presenza di resti di bambini o subadulti in quanto non sono ancora presenti quei caratteri che trovano la loro completa estrinsecazione solo ad accrescimento compiuto, casi questi in cui si può ricorrere all'analisi del DNA e qualora si riesca ad estrarre materiale genetico da resti umani, ai fini di una diagnosi di sesso è possibile procedere alla amplificazione di numerosi sistemi genetici utili per questa diagnosi³⁰. Su parti di cadavere è possibile operare la ricerca della cromatina di Barr o del cromosoma Y³¹.

4) *Diagnosi di età cronologica*

Estrema importanza assume la determinazione dell'*età cronologica* (periodo della morte) di resti cadaverici, per stabilire se essi siano di interesse medico-legale o antropologico-archeologico.

La ricerca è particolarmente difficoltosa allorché i resti cadaverici siano in fase di trasformazione, poiché il processo è influenzato da svariati elementi, quali il clima, l'ambiente nel quale il corpo ha soggiornato, la pre-

tismo marcato, apertura nasale larga, spina nasale ridotta o assente, orbite che tendono alla forma quadrata; 3) *Mongolidi*: occlusione dentale testa a testa, appiattimento delle ossa zigomatiche, ossa nasali piccole, orbite a forma circolare.

³⁰ Es. Un esempio è l'introne I del gene della amelogenina, del quale il maschio possiede due varianti, mentre la femmina una sola.

³¹ N.B. Consente una diagnosi certa in quanto il sesso cromatinico coincide con il sesso cromosomico ed il sesso gonadico. La ricerca può essere condotta con successo solo a breve distanza dalla morte (2-3 settimane). Quando si tratti di materiale più vecchio (fino a 6 settimane dalla morte) si preferisce la ricerca del cromosoma Y.

senza di indumenti, l'intervento di micro e macrofauna, gli stessi fattori intrinseci al cadavere quale la causa di morte.

Il cadavere scheletrizzato si presta meglio allo studio cronologico, infatti, già alcune semplici valutazioni in base alle differenti proprietà chimico-fisiche consentono di distinguere tra osso fresco e tessuto non recente conducendo a una datazione relativa³². Esistono tuttavia anche metodi cronotato-diagnostici per una datazione assoluta³³. Ulteriori marcatori estrinseci possono essere dedotti da tecniche stratigrafiche, di botanica forense ed elementi circostanziali (corredi funerari, evidenze sepolcrali).

5) *Diagnosi di età biologica*

L'età del cadavere si stabilisce innanzitutto con approssimazione per classi evolutive in base ai criteri somatici più appariscenti, quali lo sviluppo somatico generale, il peso, la statura, l'aspetto della cute e degli annessi, i caratteri sessuali primari e secondari, quindi si potrà circoscrivere ulteriormente l'età del soggetto in base allo stato della dentizione ed alle modificazioni scheletriche quali appaiono dalle radiografie.

Contrariamente alla diagnosi di sesso, la determinazione dell'età è molto più semplice nel bambino e nell'adolescente che nell'adulto. Essa si fonda soprattutto sull'osservazione delle caratteristiche morfologiche dei denti e dello scheletro, in quanto tali molteplici e diverse strutture maturano e si completano in tempi differenti. Dopo i 20 anni, la determinazione dell'età biologica è alquanto difficile. Infatti, una volta terminato l'accrescimento osseo e dentario, nulla rimane per valutare il processo dell'invecchiamento se non l'usura delle superfici articolari, la chiusura delle suture craniche, l'evolversi di artrosi, le alterazioni istologiche del tessuto osseo e dentario e le modificazioni chimico-fisiche dei tessuti calcificati, fattori che risultano poco affidabili in quanto influenzati da fenomeni patologici, dietetici ed occupazionali.

Si sfruttano quindi metodiche microscopiche su sezioni sottili sia dentarie sia ossee che nel primo caso consistono nella valutazione e quantificazione di parametri quali la trasparenza della dentina, l'apposizione di cemento secondario e la presenza di dentina secondaria; nel secondo nel numero di osteoni, di frammenti di osteoni e di osso lamellare presente nel tessuto. Vi è infine una tecnica chimico-fisica, basata sullo studio della racemizzazione dell'acido aspartico che pare consenta una più accurata determinazione dell'età.

³² Es. Test dell'acido cloridrico, luce ultravioletta, conduzione degli ultrasuoni, birifrangenza con microscopio polarizzatore, test della conducibilità elettrica.

³³ Es. la ricerca dello stronzio 90 (deposizione a partire dal 1945) e il metodo isotopico al radio-carbonio che si fonda sulla stima del decremento della radioattività del C14 con il trascorrere del tempo, decremento che nei tessuti inizia al momento della morte.

6) Ricostruzione della statura

La stima della statura si basa prevalentemente sulla lunghezza delle ossa lunghe degli arti quali il femore, la tibia, la fibula e l'omero il cui valore viene introdotto in particolari formule di regressione. Esse prevedono la moltiplicazione della lunghezza dell'osso in questione per coefficienti fissi. Le tavole di Manouvrier³⁴ sono tra le più note, mentre fra le più utilizzate si ricordano quelle di Trotter e Gleser³⁵, create appositamente per individui di sesso maschile e femminile appartenenti agli stipiti europeo e negroide. Pur avendo numerosi autori fornito formule speciali per la valutazione della statura in resti scheletrici, l'errore medio permane attorno ai ± 3 cm. I dati relativi alle diverse popolazioni non sono sovrapponibili e i rapporti indicati sono soggetti a variazioni di statura connesse all'età.

Di ausilio, alla determinazione della statura, possono essere talvolta gli indumenti che riportano la taglia (camice, pantaloni, gonne, scarpe).

7) Diagnosi di commistione di resti

Il processo identificativo è impegnativo in caso di catastrofi nelle quali deceda un gran numero di individui e si rinverano cadaveri notevolmente mutilati e parti corporee isolate. Una prima selezione, per identificare e ricondurre i resti ad un'unica persona, può essere fatta sulla base di due criteri: a) l'eventuale eccedenza numerica di singoli elementi (parti corporee staccate), b) la compatibilità morfologico-dimensionale. Un ulteriore screening potrà essere realizzato mediante lo studio di marcatori genetici (antigeni ABO, HLA) e la tecnica del DNA *profiling*.

3.5.3. Identificazione *individuale* di resti o cadavere

Per *identificazione della persona* s'intende l'accertamento della sua identità, e cioè il riconoscimento e la dimostrazione dei caratteri individuali che differenziano in modo inconfondibile un determinato individuo da qualsiasi altro.

L'*identificazione individuale* si basa sul confronto di dati raccolti per mezzo dell'esame diretto con dati precedentemente archiviati per svariati motivi. Si tratta di riconoscere come identici o perfettamente sovrapponibili

³⁴ Cfr. Manouvrier L., *De la détermination de la taille d'après les grands os des membres*. C.R. la Société d'anthropologie, Paris, 1983.

³⁵ N.B. Mildred Trotter (1899-1991). Goldine Gleser (1915-2004). - La variazione tra popolazioni e tra i sessi ha reso necessario adeguare tali formule alle principali popolazioni esistenti, in particolare caucasici e negroidi. Qualora si abbiano a disposizione più ossa la statura viene determinata sulla media delle misure risultanti da ciascun singolo segmento.

il cadavere o i resti umani esaminati e i dati (anagrafici, fotografici, radiografici, impronte digitali, impronte dentali) riguardanti una ben determinata persona, raccolti durante la sua vita.

1) *Segnalamento descrittivo (connotati e contrassegni)*

Mediante la descrizione dei caratteri fisici generali, dei connotati, dei contrassegni si ricava una sorta di “ritratto parlato” della persona.

I *connotati* più significativi sono di tipo costituzionale, statura, peso, corporatura, colorito ed aspetto della pelle, sviluppo, colore ed aspetto di capelli e occhi. Particolare importanza assume l'eventuale presenza di *contrassegni* che spesso assumono il valore decisivo nella risoluzione del problema identificativo. Tali particolarità possono essere rappresentate da nei, cicatrici, tatuaggi o grossolane anomalie e la loro descrizione deve tener conto delle caratteristiche di forma, dimensione, colore e sede per rappresentare compiutamente il loro riscontro.

2) *Identificazione socio-professionale*

L'appartenenza di una persona ad una determinata categoria socio-professionale può essere indagata attraverso lo studio di alcuni segni “patologici” occupazionali. Particolare interesse assumono alcune anomalie morfologiche acquisite, come le cosiddette stimate professionali ovvero le modificazioni che particolari atteggiamenti lavorativi ed azione degli strumenti possono indurre nel corpo dei lavoratori, o quelle rappresentate dai postumi di malattie, di fratture o di mutilazioni.

3) *Segnalamento dattiloscopico*

Il riconoscimento delle *impronte digitali* è la più antica tecnica di identificazione personale. L'impronta digitale o dermatoglifi è rappresentata dall'insieme di sollevamenti e depressioni, articolati in specifici disegni, che le creste papillari cutanee formano sulla superficie dei polpastrelli delle dita³⁶. Le caratteristiche dei dermatoglifi sono: la perennità, perché compaiono nel feto al sesto mese di gestazione e permangono tutta la vita; l'immutabilità, dato che non si modificano con l'età, ma solo con la distruzione della cute; l'individualità, visto che appaiono differenti da soggetto a soggetto.

La dattiloscopia effettuata su cadavere ben conservato è metodica di facile e immediata applicazione e quindi quella più accreditata a fini identificativi. Il problema sorge nel momento in cui i polpastrelli siano compromessi da fenomeni putrefattivi e/o trasformativi o da fattori post-mortali, che impediscono l'assunzione delle impronte digitali mediante la consueta

³⁶ N.B. A livello globale, lo schema di creste/valli esibisce una o più regioni caratterizzate da una forma particolare, definite “regioni singolari”, la cui presenza determina la classificazione dell'intera impronta in uno dei 4 tipi fondamentali di Galton (delta, monodelta, bidelta, composta). A livello locale invece, le discontinuità delle creste vengono chiamate minuzie, o “dettagli di Galton” (a forma di punto, uncino e biforcazione multipla).

tecnica di inchiostrazione delle dita (putrefazione e scollamento dell'epidermide con progressiva perdita del disegno papillare; mummificazione e creste papillari deformate per introflessioni od estroflessioni dello strato epidermico e dermico; carbonizzazione e creste papillari assottigliate, retratte, disidratate e friabili). In base al tipo di modificazione post mortale si rendono necessari trattamenti specifici atti a recuperare il disegno papillare (tecniche chimico-fisiche con soluzioni di metanolo, iniezione sottocutanea di glicerina, immersione in miscele di olii al fine di rigonfiare il dito).

4) *Metodo radiologico*

Un valido aiuto alle problematiche identificative individuali proviene dalle indagini radiologiche con le quali si possono evidenziare alterazioni scheletriche di origine traumatica o malformativa, corpi inclusi e reperti suscettibili di comparazione con documentazione radiografica precedente. Tra gli elementi più significativi si considerano il rilievo di protesi e mezzi di sintesi, suture metalliche, esiti di vecchie fratture, malformazioni callose, displasie ossee e calcificazioni tendinee.

5) *Identificazione odontologica*

I denti sono estremamente resistenti alla decomposizione, ai danni del tempo, al calore e sono quindi di fondamentale importanza ai fini identificativi nel caso in cui i tessuti molli per vari motivi siano alterati. La dentatura inoltre, date le possibili varianti di forma, dimensione e posizione di ciascun elemento, costituisce un apparato tridimensionale caratteristico di ogni individuo; fattori genetici, nutrizionali, ambientali, patologici e terapeutici sinergicamente diminuiscono la possibilità che due dentizioni siano uguali.

Nella maggior parte dei casi l'*identificazione odontologica* viene effettuata su corpi gravemente traumatizzati, carbonizzati, decomposti o scheletrizzati. Lo studio identificativo odontologico si basa sul confronto tra dati *ante-mortem*, relativi ad una persona scomparsa (diari clinici; ortopantomografie, che forniscono una visione d'insieme di tutta la dentatura di un soggetto; radiografie endorali; radiografie latero-laterali e antero-posteriori del cranio), e dati *post-mortem*, evinti cioè dal corpo da identificarsi.

Durante un confronto radiografico le più minute peculiarità anatomiche, patologiche e terapeutiche, possibilmente riprese con la medesima tecnica radiografica e mantenendo un orientamento il più possibile simile a quello utilizzato per produrre le immagini *ante-mortem*, sono affiancate, sovrapposte ed eventualmente quantificate al fine di evidenziarne, o meno, l'identità.

6) *Ricostruzione facciale*

Il processo identificativo va completato dando, se possibile, un volto ai resti. Quando ci si trovi di fronte resti completamente scheletrizzati, si procede dal cranio stesso; qualora si tratti di resti mummificati o carbonizzati, anche se esistono autori che suggeriscono di reidratare e di cercare di

ricostruire i tessuti molli già esistenti, è preferibile liberare il cranio dai tessuti molli per poi procedere alla ricostruzione facciale dal cranio *ex novo*.

La ricostruzione facciale si fonda sul presupposto che la morfologia dei tessuti duri (cranio) condizioni quella dei tessuti molli sovrastanti (volto). Due sono le tecniche adoperate per effettuare la ricostruzione facciale, quella manuale e quella computerizzata.

La prima fase della *tecnica manuale* consiste nel modellare con la plastilina ogni strato muscolare, dal più profondo al più superficiale, fino a raggiungere gli spessori, differenti per ogni regione del viso. La ricostruzione viene completata modellando lo strato superficiale tenendo conto del sesso, età e razza. Fanno seguito il taglio e posizionamento degli occhi, la ricostruzione del distretto nasale, la definizione della rima buccale e il posizionamento delle orecchie.

La ricostruzione facciale effettuata mediante un *calcolatore* si basa sull'analisi radiologica (TAC) con la produzione di una sequenza di immagini tomografiche dalle quali è possibile ottenere il modello tridimensionale del cranio. Nella ricostruzione dei tessuti molli si sfruttano il modello del cranio, le tabelle degli spessori dei tessuti e tutta una serie di informazioni aggiuntive per produrre il modello tridimensionale del volto.

3.5.4. Identificazione generica del *vivente*

L'identificazione generica può partire anche da un soggetto vivente, qualora vi sia la necessità di: a) stabilire l'età di giovani delinquenti, spesso nomadi o immigrati autori di reato, ai fini della imputabilità e dell'applicazione delle pene; b) stabilire il sesso in soggetti portatori di malformazioni o in caso di stati intersessuali.

a) I *caratteri morfo-antropometrici*, quali statura, peso e sviluppo corporeo complessivo con riguardo alla perimetria toracica e addominale, all'apertura delle braccia, al grado di maturazione sessuale, variano durante l'accrescimento e pertanto utilizzabili durante questo periodo della vita.

Ben maggiore peso e rilevanza hanno i dati ottenibili dall'esame radiologico dello scheletro che, unitamente all'esame odontostomatologico, costituisce la base per la stima dell'età entro i primi 20-25 anni. La comparsa dei centri di ossificazione nella prima decade, l'epoca di saldatura degli stessi e delle epifisi alle diafisi delle ossa lunghe nella seconda, rappresentano i parametri valutativi di maggiore affidabilità. L'esistenza nell'uomo di una duplice dentizione (decidua e permanente), con le relative fasi di sviluppo, costituisce un elemento di giudizio per la diagnosi di età. In concreto lo studio cronologico dello sviluppo dentario è praticabile dall'inizio della

mineralizzazione dei germi dentari fino al termine dell'eruzione dell'ultimo dente permanente. Sono state elaborate varie tabelle standard, destinate a fungere da termine di riferimento per le radiografie dei soggetti in esame che vengono confrontate con gli stadi cronologici standardizzati.

b) Nella eventualità di *registrazione anagrafica erronea del sesso* è prevista legislativamente in Italia la possibilità di rettificazione in base alle disposizioni della legge 14 aprile 1982 n°164, che peraltro contempla la rettificazione giudiziale del sesso, dopo eventuale intervento chirurgico di adeguamento dei caratteri sessuali.

Metodiche di elezione si basano sulla determinazione del patrimonio cromosomico individuale e l'analisi del marcatore molecolare amelogenina secondo criteri genetici.

3.5.5. Identificazione individuale su *vivente* - *Tecnologie biometriche*

Il codice penale punisce i reati di falsità personale, tra cui la sostituzione di persona (art. 494 c.p.³⁷) e le false dichiarazioni d'identità propria e altrui (498 c.p.³⁸).

La *biometria* (dal greco: *bios* = "vita"; *metros* = "conteggio" o "misura") o *AIDC* (*Automatic Identification and Data Capture*) è la scienza biologica che ha come oggetto di studio la misurazione delle variabili fisiologiche o comportamentali tipiche degli organismi, attraverso metodologie di elaborazione di tipo matematico e statistico³⁹. Le principali caratteristiche che possono essere utilizzate per l'identificazione personale devono soddisfare alcuni requisiti essenziali, quali l'universalità (ogni individuo deve avere quella caratteristica), l'unicità (non è possibile che due persone condivida-

³⁷ art. 494 c.p. (*Sostituzione di persona*): "Chiunque, al fine di procurare a sé o ad altri un vantaggio o di recare ad altri un danno, induce taluno in errore, sostituendo illegittimamente la propria all'altrui persona, o attribuendo a sé o ad altri un falso nome o un falso stato, ovvero una qualità a cui la legge attribuisce effetti giuridici, è punito se il fatto non costituisce un altro delitto contro la fede pubblica, con la reclusione fino ad un anno. Procedibilità d'ufficio."

³⁸ art. 496 c.p. (*False dichiarazioni sulla identità o su qualità personali proprie o altrui*): "Chiunque, fuori dei casi indicati negli articoli precedenti, interrogato sulla identità, sullo stato o su altre qualità della propria o dell'altrui persona, fa mendaci dichiarazioni ad un pubblico ufficiale, o a una persona incaricata di un pubblico servizio, nell'esercizio delle funzioni o del servizio, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa fino a 516 €. Procedibilità d'ufficio."

³⁹ N.B. I sistemi di riconoscimento biometrico vengono utilizzati in diversi tipi di mercato, sia in ambito governativo (militare, sanità, giustizia, enti e istituzioni pubbliche), sia in quello commerciale (turismo, trasporti, banche, assicurazioni, industria, telecomunicazioni) per assicurare una maggiore sicurezza ai sistemi, alle transazioni e alla tutela dei dati.

no la stessa identica caratteristica biometrica), la permanenza (la caratteristica biometrica deve rimanere immutata nel tempo) e la catturabilità (la caratteristica biometrica deve poter essere misurata quantitativamente).

Le principali tecniche “*intelligenti*” per l’identificazione biometrica tramite il rilievo di aspetti statici sono: a) il riconoscimento delle impronte digitali (A.F.I.S.)⁴⁰; b) il riconoscimento del volto⁴¹; c) il riconoscimento dell’iride⁴² e della retina; d) la geometria della mano⁴³.

La categoria degli aspetti biometrici di natura dinamica include l’impronta vocale che permette l’individuazione di una persona attraverso gli aspetti caratteristici della sua voce⁴⁴.

Va citata anche la metodologia di riconoscimento della firma che condivide con il riconoscimento vocale la connotazione dinamica e la perturbazione dovuta alla condizione emozionale della persona (velocità, traiettoria, accelerazione e infine modulazione della pressione durante la scrittura).

Esistono infine altre tecniche biometriche caratterizzate però da una scarsa accettabilità: il segno delle labbra, la salinità del corpo, l’odore, il segno della pianta dei piedi, la forma delle vene della mano e del polso, la risposta dello scheletro ad uno stimolo fisico.

⁴⁰ Def. L’A.F.I.S. (*Automated Fingerprint Identification System*), ovvero il Sistema Automatizzato di Identificazione delle Impronte, è un sistema hardware e software in grado di effettuare una ricerca rapida ed efficace delle impronte sconosciute in una banca dati unica, informatizzata, consultabile dal centro e dalla periferia. Le impronte digitali vengono codificate attraverso un algoritmo, gestito dal sistema e le ricerche vengono eseguite sia su set di 10 impronte, sia su frammenti di impronta digitale, sia sulle impronte palmari. In concreto è un sistema costituito da terminali a disposizione delle singole unità di polizia scientifica, o dei RIS dei carabinieri, che hanno la possibilità di connettersi, via rete telematica, alla Banca dati del Casellario Centrale d’identità, che contiene le informazioni biometriche dei singoli soggetti per essere identificati ai fini preventivi o giudiziari.

⁴¹ N.B. Il riconoscimento del volto utilizza caratteristiche peculiari come la posizione e forma del naso e degli occhi, il profilo superiore degli occhi, l’area degli zigomi, i lati della bocca.

⁴² N.B. Il riconoscimento dell’iride consiste nell’analisi delle caratteristiche dell’anello colorato che circonda la pupilla dopo acquisizione di una immagine mediante un dispositivo ad infrarosso. Ogni iride umana ha, infatti, una struttura unica al punto che persino l’iride destra e sinistra della stessa persona sono differenti. Dal punto di vista della singolarità, l’iride ha un numero di caratteristiche di identificazione sei volte più alto delle impronte digitali.

⁴³ Def. Tecnica basata sull’acquisizione di un’immagine tridimensionale della mano attraverso la quale vengono valutati un certo numero di parametri quali forma, ampiezza e lunghezza delle dita.

⁴⁴ N.B. Il riconoscimento vocale è considerato tecnicamente un ibrido tra una biometria di tipo fisico e comportamentale dal momento che l’emissione della voce è determinata sia dalla conformazione della gola, della laringe, del naso, delle mascelle, delle labbra e del palato molle che da aspetti legati al comportamento.

3.5.6. Identificazione *genetica*

Negli ultimi anni si è delineato un concetto nuovo di identità individuale, strettamente legato alle leggi della biologia, della genetica, dell'ereditarietà e del calcolo delle probabilità, che si può indicare come *identificazione genetica*. L'analisi dei polimorfismi del DNA è utilizzata in campo forense per l'identificazione di un individuo a partire da piccole quantità di materiale biologico. L'enorme potenzialità dell'indagine genetica, è data dal fatto che non esistono due persone che siano geneticamente identiche, fatta eccezione per il caso dei gemelli omozigoti.

In ambito giudiziario la possibilità di caratterizzare campioni biologici sulla scena del crimine o, retrospettivamente, riesaminare oggetti sequestrati, permette di ricostruire dinamiche delittuose, individuare colpevoli, scagionare innocenti, riconoscere persone scomparse ed ancora risolvere enigmi storici, identificare vittime di incidenti, catastrofi o conflitti. Nel settore civilistico le richieste di accertamenti per la determinazione del legame di filiazione sono numerose.

Accanto a queste effettive potenzialità, la genetica forense resta una materia estremamente complessa, sia in fase analitica, per le eccezionalità che lo studio del DNA comporta, sia nella fase sussidiaria alle analisi⁴⁵.

Le indagini effettuate sul DNA nucleare, oggi elettivamente disponibili, comprendono i polimorfismi minisatelliti (*Variable Number Tandem Repeats*, VNTR), i polimorfismi microsatelliti (*Short Tandem Repeats*, STRs⁴⁶) e i polimorfismi di sequenza (*Single Nucleotide Polymorphism*, SNPs). Quindi si prendono in considerazione specifiche sequenze nucleotidiche dotate di un'alta variabilità individuale, tale da evidenziare in ognuno

⁴⁵ N.B. Nella pratica le analisi forensi del DNA hanno dei limiti oggettivi, legati sia alla natura chimico-fisica della molecola di DNA, sia a problemi occorrenti nel lungo percorso che conduce dalla raccolta del campione alla sua analisi, all'elaborazione del dato analitico. Il test del DNA è una procedura molto costosa, che pertanto viene richiesta ed eseguita solo in casi particolarmente controversi e non risolvibili con metodi più convenzionali.

⁴⁶ Def. Gli STRs sono sequenze corte ripetute in tandem comunemente chiamate Microsatelliti e sono presenti nelle regioni non codificanti del genoma. Negli uomini gli STRs marcano il 20% del genoma e si trovano in tutti i 22 differenti autosomi ed in entrambi i cromosomi sessuali. Il cuore dell'unità fondamentale degli STRs è caratterizzata da 2-6 bp ripetuti in tandem e gli STRs tetranucleotidici sono i più utilizzati. A causa dei fenomeni di mutazione, ricombinazione e riassortimento indipendente dei cromosomi, il numero delle ripetizioni può variare da individuo a individuo. Per caratterizzare un certo DNA, quindi, si analizzano più microsatelliti contemporaneamente mediante tecniche di sequenziamento ed elettroforesi capillare.

un assetto del tutto tipico che, per analogia con le impronte digitali, è stato chiamato “DNA *fingerprint*”⁴⁷.

Il crescente interesse della biologia molecolare per la struttura del cromosoma Y e del DNA mitocondriale ha ulteriormente aumentato la possibilità delle analisi forensi a scopo identificativo⁴⁸.

L’indagine del DNA può essere eseguita su qualsiasi tipo di reperto che contenga materiale cellulare, in particolare su soggetti viventi il tessuto elettivo è il sangue di cui sono sufficienti minime quantità, dell’ordine dei millilitri. Su cadaveri possono essere utilizzati il sangue cadaverico o altri tessuti (muscolo scheletrico, cuore, polmone, fegato) e materiale da istoteca. Anche piccole tracce di sperma, saliva, capelli possono essere fonte di DNA.

L’opera di standardizzazione dei metodi di analisi ha favorito la creazione di Banche Dati, ove sono inseriti e custoditi i profili genetici di criminali (e non solo). Questi archivi sono così importanti e utili che moltissime nazioni li hanno rapidamente approntati, introducendo nel contempo adeguate leggi e regolamenti per la loro gestione.

3.5.7. Identificazione di *tracce biologiche* – Investigazioni scientifiche

L’ingresso di nuove branche del sapere (scienze forensi) applicate all’attività investigativa è il frutto della precisa necessità di trasformare indizi e

⁴⁷ N.B. L’esempio migliore ci viene offerto dal gruppo dei 13 STRs, utilizzati in Italia dai laboratori delle Forze di Polizia e dagli Istituti di Medicina Legale, già adottati negli Stati Uniti per le analisi di routine e come marcatori di elezione per la loro banca dati di DNA. - L’FBI usa un set standard di 13-16 regioni STRs specifiche per il CODIS (*COmbined DNA Index System*), un programma di software che lavora su database locali, statali e nazionali di profili di DNA ottenuti da criminali condannati, prove da scene di crimini irrisolti e persone scomparse.

⁴⁸ N.B. All’interno della regione non ricombinante del cromosoma Y sono stati descritti numerosi sistemi microsatteliti che vengono ereditati in aplotipo lungo la linea maschile (Y-STRs). Sono inoltre caratterizzati da un basso tasso di mutazione e questo fa sì che un aplotipo si trasmetta identico da padre a figlio così che tutti gli individui appartenenti alla stessa linea maschile condividono un identico aplotipo, anche se sono separati da molte generazioni. Se dobbiamo stabilire la paternità di un individuo nei confronti di un bambino e non possiamo disporre del presunto padre, può essere utile anche un fratello del presunto padre, un altro figlio maschio, o un cugino (sempre da parte di padre). Il nucleo cellulare non è l’unica struttura da cui può essere estratto acido nucleico, anche in un altro compartimento noto come mitocondrio, è contenuta parte del materiale genetico rinvenibile all’interno di una cellula eucariote. Questa porzione di genoma, nota come DNA mitocondriale o mtDNA si è rilevata particolarmente utile per poter effettuare una tipizzazione. Va inoltre considerato che la struttura circolare e chiusa rende tale molecola più resistente del DNA nucleare ai fattori di degradazione ai quali spesso i reperti biologici sono esposti.

reperti in prove legali ai fini del procedimento giudiziario. In Italia, un'immagine rappresentativa di questa nuova realtà investigativa viene fornita dal *Ra.C.I.S.*⁴⁹, dal *Ris*⁵⁰, dal Servizio di *Polizia Scientifica*⁵¹, dai laboratori scientifici della Guardia di Finanza, dai contributi delle Università, da organizzazioni private e ditte che si specializzano nell'effettuare analisi di tipo scientifico-forense.

Nei laboratori forensi, gli elementi che vengono analizzati assumono il termine di *reperti*. La fase nella quale sia i reperti sia le informazioni descrittive vengono estratti dalla *scena criminis* viene denominata *sopralluogo*⁵². Il risultato dell'analisi di reperto è rappresentata da una documentazione detta *referto*.

Quando si affronta un'indagine biologica su tracce, il procedimento analitico si deve attenere ad un iter diagnostico che consta essenzialmente di

⁴⁹ Def. Il Raggruppamento Carabinieri Investigazioni Scientifiche (Ra.C.I.S.) è la struttura preposta a soddisfare le richieste di indagine tecnico-scientifiche dei Reparti dell'Organizzazione Territoriale e Speciale dell'Arma, della Magistratura e delle altre Forze di Polizia. Il Raggruppamento è costituito da: a) un Reparto Addestramento, b) un Reparto Analisi Criminologiche, c) un Reparto Tecnologie Informatiche, d) un Reparto Dattiloscopia Preventiva, e) un Reparto Tecnico. - Dal Raggruppamento dipendono 4 RIS (Reparti Investigazioni Scientifiche), con sede a Roma, Parma, Messina, Cagliari.

⁵⁰ N.B. Ai quattro Reparti Investigazioni Scientifiche sono affiancate 29 Sezioni Investigazioni Scientifiche (SIS) a livello interprovinciale. La competenza dei quattro Reparti è determinata per territorio e per materia: il Reparto di Roma è competente ad eseguire le indagini tecniche di prassi nell'ambito dell'Italia Centrale e di quelle di maggiore complessità in ambito nazionale; il Reparto di Messina è competente a svolgere le indagini tecniche di prassi nell'ambito delle Regioni Sicilia e Calabria; il Reparto di Parma è competente per le indagini tecniche di prassi nell'ambito dell'Italia settentrionale; il Reparto di Cagliari è competente ad effettuare le indagini tecniche di prassi nell'ambito della Sardegna.

⁵¹ N.B. Il Servizio Centrale di Polizia Scientifica è strutturato in 4 Divisioni: 1° Divisione: affari generali, indagini speciali e studi, 2° Divisione: identità, 3° Divisione: indagini medico-legali e biologiche, 4° Divisione: indagini fisiche, chimiche e merceologiche. Il servizio Polizia Scientifica è organizzato in una sede direzionale ubicata a Roma ed in numerose strutture periferiche con vari livelli di competenze, che coprono in modo capillare tutto il territorio nazionale (sedi di Ancona, Bari, Bologna, Cagliari, Catania, Firenze, Genova, Milano, Napoli, Padova, Palermo, Reggio Calabria, Roma, Torino).

⁵² N.B. Le indagini tecniche iniziano con il sopralluogo, ovvero con quel insieme di attività, eseguite sul luogo ove si è verificato un delitto, tendenti ad osservare, individuare e raccogliere o fissare tutti quegli elementi utili alla ricostruzione del fatto delittuoso ed alla individuazione del colpevole. Esistono operazioni ben precise che gli esperti della scena criminis devono seguire, al fine ottimizzare le operazioni di ricerca: avvicinare la SC (scena criminis), mettere in sicurezza e proteggere la SC, iniziare investigazione preliminare/determinare i confini della SC, valutare le possibilità di prove fisiche, preparare una descrizione narrativa, ritrarre la scena fotograficamente, preparare un diagramma/disegno della scena, condurre una ricerca dettagliata. Nella scena criminis si cercano: impronte papillari, le armi (da fuoco e da taglio), fibre e fili, vetro, vernici, liquidi infiammabili, passi, macchie di sangue umido e secco, liquidi organici, peli/capelli.

tre fasi, l'una propedeutica alla successiva, a) la *diagnosi generica* per poter definire la natura della traccia; b) la *diagnosi specifica*, per individuare la specie di appartenenza; ed infine c) la *diagnosi individuale*, ossia l'identificazione degli aspetti caratteristici della traccia, che consentono di risalire all'individuo di appartenenza.

I limiti della ricerca e dell'accuratezza dell'indagine sono dati dalla quantità di materiale a disposizione, dallo stato di conservazione e per ultimo dal livello tecnologico dei laboratori forensi.

2. Nozioni di diritto civile e penale

1. Introduzione

Per affrontare tematiche di spettanza medica in un'ottica medico legale è necessario avere conoscenza di alcune nozioni giuridiche fondamentali, che rientrano peraltro nell'ambito sia della *medicina legale civilistica*, chiamata ad intervenire allorché entrano in discussione disposizioni del diritto civile, concernenti, ad esempio, il matrimonio, la filiazione, la valutazione del danno alla persona da responsabilità civile (vedi capitolo riguardante la responsabilità professionale), nonché le diverse norme riguardanti l'anticipazione, la diminuzione o l'annullamento della capacità di agire (vedi oltre), sia della *medicina legale penalistica* che incentra il suo interesse sui rapporti esistenti tra la medicina e il diritto penale, affrontando sia problemi generali connessi all'uomo quale protagonista di una vicenda penale, sia lo studio dei singoli reati.

Altro settore della medicina legale direttamente connesso a questioni di ordine civile e penale, è la *psicopatologia forense* che, estensivamente intesa, può essere definita come la disciplina scientifica che riconosce quale proprio specifico ambito l'applicazione di conoscenze di ordine psichiatrico a contesti e situazioni a vario titolo attinenti alla sfera forense. Attività propria dello psichiatra forense è pertanto quella di eseguire accertamenti tecnici di natura psichiatrica in capo a soggetti coinvolti in un procedimento giudiziario¹, civile o penale.

¹ N.B. All'ambito della *psichiatria forense*, ampiamente intesa, afferiscono inoltre numerose altre attività a vario titolo attinenti l'applicazione di competenze psichiatriche in campo forense. - Tra esse ricordiamo l'impostazione ed esecuzione delle attività preventive, diagnostiche e terapeutiche inerenti la salute mentale di autori o vittime di reato. In tale contesto particolare rilevanza riveste, in ragione delle peculiarità e criticità ad esso connesse, il trattamento del portatore di sofferenza psichica sottoposto a restrizione della propria libertà personale. Distinguiamo pertanto una *Psichiatria giudiziaria* e una *Psichiatria penitenziaria*, che trovano applicazione rispettivamente durante la fase cognitiva del procedimento e in

Il diritto è formato da *leggi* (diritto "condito"), presenti in ogni società e necessarie sia per controllare i rapporti sociali e le azioni dell'uomo sia per garantire i diritti dei singoli e della collettività ("*ubi societas, ibi lex*"). Le leggi non sono però statiche e immutabili, ma soggette a variazioni e adattamenti in rapporto con il mutare dei tempi e della società².

Si parla anche di *diritto positivo*, statuito dall'uomo, da più individui riuniti in una società, e inteso come norma di agire, compendio di leggi, ordinamenti, discipline, atti a regolare la vita della società; in sintesi, il diritto positivo si identifica con il diritto scritto e riguarda gli innumerevoli rapporti che caratterizzano la vita pubblica e privata all'interno di una società.

La parola "diritto" assume inoltre principalmente due significati: quello *oggettivo* e quello *soggettivo*.

Il *diritto oggettivo*, costituito dall'insieme di norme di comportamento dettate dallo Stato quale autorità sovrana, disciplina il vivere sociale e i molteplici rapporti tra gli individui, rappresentando quindi la norma dell'agire in seno alla società.

Il *diritto soggettivo* va inteso come facoltà del soggetto di fare valere un proprio diritto, esigendo un determinato comportamento da parte di altri per poterlo ottenere; è la facoltà di agire, di farsi valere, di "avere diritto a ...".

Esistono varie forme di diritto: - *civile* (parte più cospicua del diritto privato³, norme disciplinanti i rapporti e gli interessi individuali; codice civile = c.c.); - *penale* (parte del diritto pubblico; norme disciplinanti i reati e le pene; codice penale = c.p.); - *processuale* (o di procedura, norme concernenti i giudizi e i limiti di azione del giudice e delle parti; codice di procedura civile = c.p.c. e codice di procedura penale = c.p.p.); - *amministrativo* (parte del diritto pubblico; norme riguardanti l'organizzazione, i mezzi e le forme di attività della pubblica amministrazione e i rapporti tra questa e i cittadini); - *canonico* (leggi poste e approvate dalla Chiesa per il governo della società ecclesiastica e per la disciplina delle relazioni tra i fedeli); - *costituzionale* (concernente la posizione giuridica dello Stato e degli elementi che lo compongono, la struttura e l'ordinamento delle istituzioni; va-

quella esecutiva della pena. - Ancora, assai rilevante, anche sotto il profilo quantitativo, appare la valutazione di problematiche attinenti, da un lato, l'attività professionale degli operatori psichiatrici, dall'altro, dell'incidenza del disturbo psichico in ambito previdenziale, assicurativo, assistenziale e pensionistico, nonché in punto di responsabilità civile per danno (*Psichiatria medico-legale*) (Fornari).

² N.B. Con il mutare dei tempi e della società, alcune leggi vengono abrogate in quanto non più ritenute adeguate (es. delitto d'onore), mentre altre vengono introdotte in seguito all'affiorare di nuove emergenze (es. legge sullo stalking).

³ Def. Il *diritto privato*: ramo dell'ordinamento giuridico che regola i rapporti di coesistenza umana mediante norme disciplinanti le azioni fra cittadini e quelle tra i cittadini e un ente pubblico agente come privato, fissandone condizioni e limiti nell'interesse dei singoli.

luta lo Stato come qualche cosa di dinamico ed esamina e individua i rapporti che nascono dall'azione dello Stato stesso; Costituzione della Repubblica = Cost.); - *internazionale* (norme riguardanti i diritti e i doveri degli Stati nelle loro reciproche relazioni); - *del lavoro* (complesso di norme regolanti, in un dato paese e in un dato periodo, i problemi economici e politici concernenti la "questione sociale" = "diritto sociale"); - *assicurativo* (complesso di norme concernenti le assicurazioni sociali, la previdenza e l'assistenza sociale. Vi rientrano anche le norme del codice civile relative ai rapporti assicurativi privati).

2. Diritto civile

2.1. Concetti introduttivi

Il *diritto civile* comprende le norme, contenute nel codice civile⁴ e riguardanti i rapporti e gli interessi individuali, che danno veste di legalità alle manifestazioni private dei cittadini, mantenendole nell'ambito della legge e in condizioni di parità. È, infatti, compito dell'ordinamento giuridico stabilire gli obblighi e i diritti di ogni cittadino, individuando presupposti e limiti degli interessi privati e delimitando le zone reciproche di azione di rilevanza nei rapporti sociali.

Nel diritto civile si distingue il diritto oggettivo da quello soggettivo.

Il *diritto oggettivo* comprende le norme disciplinanti le azioni umane nella vita sociale (*norma agendi*), regole imposte dallo Stato per garantire ai singoli il raggiungimento dei propri fini.

Il *diritto soggettivo* è il potere dato alla volontà del singolo di agire per raggiungere i propri fini in conformità della norma giuridica; costituisce il *diritto*, legalmente riconosciuto, di *spettanza o di dominio* di un bene o di un valore sul quale il cittadino ha il potere di agire nel proprio interesse (*facultas agendi*)⁵.

Quando il diritto interviene per disciplinare una azione privata con le proprie norme precettive (di tipo proibitivo o permissivo), si crea un *rapporto giuridico*, che riconosce ad una persona (soggetto attivo) un diritto o

⁴ N.B. Il *codice civile*, entrato in vigore il 21 aprile 1942, subendo comunque negli anni numerose modifiche, regola i rapporti giuridici privati, cioè civili e commerciali, e consta di sei libri: libro I "Delle persone e della famiglia", libro II "Delle successioni", libro III "Della proprietà", libro IV "Delle obbligazioni", libro V "Del lavoro" e libro VI "Della tutela dei diritti".

⁵ Es. il diritto oggettivo garantisce la proprietà privata e il proprietario ha il diritto soggettivo di goderne e pretenderne la difesa.

un potere da esercitare ed imporre ad un'altra (soggetto passivo) un obbligo o un dovere da rispettare⁶.

Nei rapporti e negli interessi individuali viene distinto, come in ogni tipo di rapporto diretto, il soggetto dall'oggetto.

Sono *soggetti* di diritto innanzitutto gli individui, ma anche istituzioni ed enti, capaci di acquisire e trasmettere diritti. Si distinguono pertanto le *persone fisiche* dalle *persone giuridiche* (province, comuni, enti pubblici, associazioni, fondazioni, istituzioni di carattere privato).

Oggetti di diritto sono le cose, i beni, tutto ciò che costituisce proprietà o patrimonio di taluno. Un diritto su beni, patrimoni e cose può sorgere immediatamente, direttamente, senza il concorso di altre persone (*diritto reale*), oppure per mezzo di un atto altrui, quando vi è il rapporto con un'altra persona (*diritto di obbligazione*).

I diritti civili, quei diritti spettanti cioè ad ognuno e afferenti alla sfera privata, vengono distinti in: - *patrimoniali* (interessi economici di un soggetto, stimabili in modo pecuniario) e *non patrimoniali* (di tipo morale, es. diritti della famiglia); - *assoluti* (possono essere fatti valere verso tutti e difesi contro atti di volizione altrui; es. diritti di proprietà) e *relativi* (valevoli soltanto nei confronti di una o più persone ben determinate; es. risarcimento del danno); - *principali* (con vita autonoma ed esistenti come tali) e *accessori* (subordinati all'esistenza di un altro diritto, dal quale sono dipendenti; es. con l'estinzione di un debito, cessa la garanzia); - *reali* (titolare ha una signoria immediata su una data cosa che chiunque deve rispettare: diritto di proprietà) e *di obbligazione* (esigibili soltanto dal creditore, quali prestare opera in seguito ad un contratto); - *disponibili* (titolare può farne oggetto di negozio giuridico, con loro perdita o diminuzione) e *indisponibili* (legati al titolare e quindi non cedibili; es. diritti personalissimi); - *trasmissibili* (trasferibili dal titolare a un'altra persona; es. eredità) e *intrasmissibili* (sono legati alla persona fino alla morte; es. libertà).

Le disposizioni contenute nel codice civile che più direttamente interessano l'ambito sanitario sono quelle riguardanti i diritti delle persone, della famiglia, le successioni, la responsabilità civile, la riparazione del danno da fatto illecito e la disciplina delle assicurazioni.

⁶ Es. creditore e debitore, altre volte esistono diritti e obblighi reciproci, come in molti contratti, rapporti coniugali e di filiazione.

2.2. Capacità giuridica

Oltre ad essere creato dalla natura, l'uomo è anche soggetto creato dal diritto, che lo definisce come *persona fisica* e come tale individuo sia attivo sia passivo di rapporti giuridici, avente sia diritti sia doveri.

La persona fisica è titolare della *capacità giuridica*, definita all'articolo 1 c.c.⁷, acquisita al momento della nascita e perdurante fino alla morte. In base a tale articolo, i requisiti per l'acquisizione della capacità giuridica sono la *nascita*, intesa come completa espulsione del feto dal corpo materno (per vie naturali o a seguito di parto cesareo), e la *vita*. Chi è stato partorito morto, ovvero non ha vissuto di vita autonoma dopo la separazione dal corpo materno, non acquista la capacità giuridica, venendo equiparato, dal codice civile, a un "non nato". Il *neonato* rappresenta invece il prodotto del concepimento cronologicamente vitale e che ha respirato, ovvero che ha iniziato una vita autonoma.

Fin dalla nascita il soggetto acquisisce i cosiddetti *diritti personali* (privi di carattere patrimoniale: diritti immateriali), inalienabili, irrinunciabili, intransmissibili e validi verso chiunque (diritto alla vita, alla salute, alla famiglia, alla libertà, ecc.). Alcuni di questi diritti sono "innati", originari, acquisiti, cioè, al momento della nascita, dipendenti quindi dalla sola esistenza umana (es. vita e salute); altri si dicono "derivati" per effetto dello "status" di persona (essere cittadino, figlio, coniuge, ecc.). Tutti questi diritti costituiscono i *diritti fondamentali* della persona e come tali sono insopprimibili, inviolabili ed eterni.

Questi diritti, parte della capacità giuridica di ogni cittadino, riconoscono, peraltro, una precisa tutela nella *Costituzione* (Cost.) della Repubblica Italiana, entrata in vigore il 1° gennaio 1948; così l'articolo 2 Cost.⁸ garantisce "*i diritti inviolabili dell'uomo*" (i cosiddetti "diritti personali"), all'articolo 3 Cost. si enuncia la pari dignità di tutti gli uomini⁹, l'articolo

⁷ art. 1 c.c. (*Capacità giuridica*): "La capacità giuridica si acquista dal momento della nascita. I diritti che la legge riconosce a favore del concepito sono subordinati all'evento della nascita."

⁸ art. 2 Cost.: "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale".

⁹ art. 3 Cost.: "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinione politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese."

13 Cost. sancisce che la “*libertà personale è inviolabile*”, fino a giungere all'articolo 32 Cost.¹⁰, caposaldo della tutela del diritto alla salute.

2.2.1. Valutazione della “vita autonoma”

Nell'ambito e in connessione con l'acquisizione della capacità giuridica, può, a volte, essere necessario l'intervento del medico legale.

Giuridicamente esiste un certo parallelismo tra vita autonoma extra-uterina e nascita, essendo per l'acquisizione della capacità giuridica sufficiente una *vita autonoma extrauterina* anche di soli pochi istanti, a prescindere quindi dal fatto che il neonato possa, ad esempio, essere portatore di infermità tali da prevederne una sopravvivenza limitatissima nel tempo.

In questi casi la questione è inerente all'acquisizione degli elementi obiettivi o documentari di un'avvenuta vita autonoma extra-uterina. Problemi possono, infatti, sorgere allorché, poco dopo l'espulsione del prodotto del concepimento, si verifichi il decesso dello stesso, dovendosi stabilire, a posteriori, se vi fu o meno “vita autonoma” anche per brevi istanti, dato che, in caso affermativo, il neonato ha acquisito la capacità giuridica, trasmettendo così i diritti acquisiti ai suoi legittimi eredi che potrebbero essere persone diverse da quelle che avrebbero ottenuto tali diritti se egli non avesse vissuto¹¹.

Di tutti i fenomeni che si verificano nell'organismo al momento della nascita (mutamenti nell'ambito della circolazione, del sistema nervoso, dell'apparato gastro-enterico, ecc.), assumono particolare rilievo le *modificazioni polmonari*, in quanto contraddistinguono, anche a posteriori e in ambito settorio, un'avvenuta, ancorché brevemente vitale, vita autonoma, vale a dire la nascita in senso giuridico del soggetto; ciò che quindi contraddistingue la nascita e che fornisce l'elemento di prova di vita autonoma, è l'avvenuta respirazione polmonare. Questa, oltre a poter essere desunta dalla testimonianza di persone che abbiano assistito al parto e alla nascita stessa, può anche essere stabilita a posteriori, osservando principalmente le

¹⁰ art. 32 Cost.: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività /.../.”

¹¹ N.B. Sapere se vi fu *vita autonoma* ha importanza per lo più di ordine patrimoniale, in quanto il soggetto che abbia acquisito la capacità giuridica anche solo per pochi momenti, potrebbe avere avuto diritto ad una eredità o donazione, che alla sua morte passerebbe quindi di diritto ad altri fratelli ecc.

modificazioni prodotte nel parenchima polmonare dalla respirazione e che costituiscono le cosiddette *docimasie* di vita¹².

A volte, in questo ambito, si possono però incontrare difficoltà interpretative, specie allorché il neonato, nell'immediatezza del parto, sia stato sottoposto a manovre rianimatorie di respirazione artificiale o controllata con parziale aerazione del polmone, a prescindere da una respirazione di tipo autonomo e che, quindi, non è tale da comportare un giudizio di vita¹³.

2.2.2. Atto di nascita

L'evento "nascita" comporta l'espletamento di alcuni atti amministrativi e viene documentato dall'*atto di nascita*, redatto dall'Ufficiale dello Stato Civile a seguito alla dichiarazione presentata, entro 10 giorni dalla nascita, da una delle persone indicate agli articoli 67 e seguenti del R.D. 9 luglio 1939, n°1238: il padre del neonato o un suo procuratore speciale; il medico o la levatrice o altra persona che abbia assistito al parto; il capo della famiglia ospite, se la puerpera ha partorito in una casa ospitante; una persona delegata dall'istituto o stabilimento in cui ebbe luogo il parto; la madre o un suo procuratore speciale. La finalità di tale dichiarazione è quella di attestare che quel dato neonato è certamente figlio della gestante. Per la madre esiste, comunque, la possibilità di rimanere anonima e di non essere quindi nominata sull'atto, situazione in cui vengono riportati unicamente il nome e i dati relativi al neonato¹⁴.

¹² N.B. *Docimasie*: I polmoni di un feto a termine, che non abbia ancora respirato, vengono classicamente descritti (dal punto di vista anatomico) come acquattati, con bordi affilati, di consistenza parenchimatosa, di colorito rosso-bluastro; mentre i polmoni del neonato che ha respirato si presentano espansi, con bordi arrotondati, di consistenza cotonosa e di colorito roseo chiaro. Dal punto di vista istologico, il polmone che non ha respirato si presenta, in genere, con un quadro anectasico o a volte espanso per presenza di liquido, mentre quello che ha respirato è caratterizzato dall'espansione degli alveoli polmonari dovuta all'aria inspirata. Così senza una avvenuta respirazione, il polmone, se immerso in ambiente liquido, affonda, mentre in seguito a respirazione, il polmone tende a galleggiare. Tale prova, di grande utilità e semplice attuazione, potrebbe però fornire risultati falsi nei casi in cui siano già iniziati i fenomeni putrefattivi *post-mortem* con la produzione di gas e conseguente galleggiamento dei polmoni.

¹³ N.B. In questi casi può essere di fondamentale importanza la testimonianza tecnica diretta di persone che hanno assistito al parto e che, eventualmente, hanno provveduto alle manovre rianimatorie successive. Essi potranno testimoniare circa l'esistenza o meno di fenomeni cardiocircolatori insieme ad una fenomenologia respiratoria ancorché solo accennata.

¹⁴ N.B. Le norme circa l'*atto di nascita* hanno subito alcune modifiche in base al D.P.R. 3 novembre 2000, n°396, "*Regolamento per la revisione e la semplificazione*

Chi presenta la dichiarazione di nascita, ove non sia il medico o la levatrice che hanno assistito al parto, deve esibire il *certificato sanitario di assistenza al parto*¹⁵, parte integrante della dichiarazione di nascita. Ove il parto non sia avvenuto in presenza di un medico o di una levatrice, il padre o altra persona che vi abbia assistito deve fare sì che, entro 12 ore, intervenga un medico o una levatrice tenuti alla redazione del suddetto certificato di assistenza, nel qual caso si parla di assistenza al post-partum. Qualora il medico che ha presenziato al parto venisse a conoscenza della mancanza delle persone legalmente tenute alla presentazione della dichiarazione di

dell'ordinamento dello stato civile, a norma dell'articolo 2, comma 12, della legge 15 maggio 1997, n°127", - art. 29 (*Atto di nascita*): "1. La dichiarazione di nascita è resa nei termini e con le modalità di cui all'art. 30. - 2. Nell'atto di nascita sono indicati il luogo, l'anno, il mese, il giorno e l'ora della nascita, le generalità, la cittadinanza, la residenza dei genitori legittimi, nonché di quelli che rendono la dichiarazione di riconoscimento di filiazione naturale e di quelli che hanno espresso con atto pubblico il proprio consenso ad essere nominati, il sesso del bambino e il nome che gli viene dato ai sensi dell'art. 35. - /.../. - 7. Nell'atto di nascita si fa menzione del modo di accertamento della nascita". - art. 30 (*Dichiarazione di nascita*): "1. La dichiarazione di nascita è resa da uno dei genitori, da un procuratore speciale, ovvero dal medico o dalla ostetrica o da altra persona che ha assistito al parto, *rispettando l'eventuale volontà della madre di non essere nominata*. - 2. Ai fini della formazione dell'atto di nascita, la dichiarazione resa all'ufficiale dello stato civile è corredata da una attestazione di avvenuta nascita contenente le generalità della puerpera nonché le indicazioni del comune, ospedale, casa di cura o altro luogo ove è avvenuta la nascita, del giorno e dell'ora della nascita e del sesso del bambino. - 3. Se la puerpera non è stata assistita da personale sanitario, il dichiarante che non è neppure in grado di esibire l'attestazione di constatazione di avvenuto parto, produce una dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n°15. - 4. La dichiarazione può essere resa, entro dieci giorni dalla nascita, presso il comune nel cui territorio è avvenuto il parto o in alternativa, entro tre giorni, presso la direzione sanitaria dell'ospedale o della casa di cura in cui è avvenuta la nascita. /.../ - 7. I genitori, o uno di essi, se non intendono avvalersi di quanto previsto dal com. 4, hanno facoltà di dichiarare, entro dieci giorni dal parto, la nascita nel proprio comune di residenza. Nel caso in cui i genitori non risiedano nello stesso comune, salvo diverso accordo tra di loro, la dichiarazione di nascita è resa nel comune di residenza della madre. In tali casi, ove il dichiarante non esibisca l'attestazione della avvenuta nascita, il comune nel quale la dichiarazione è resa deve procurarsela presso il centro di nascita dove il parto è avvenuto, salvo quanto previsto al com. 3. /.../".

¹⁵ N.B. Il *certificato di assistenza al parto* trova anche disposizioni nel recente D.Lgs. n°196/2006, "*Codice in materia di protezione dei dati personali*", - art. 93 (*Certificato di assistenza al parto*): "1. Ai fini della dichiarazione di nascita il certificato di assistenza al parto è sempre sostituito da una semplice attestazione contenente i soli dati richiesti nei registri di nascita. /.../ - 2. Il certificato di assistenza al parto o la cartella clinica, ove comprensivi dei dati personali che rendono identificabile la madre che abbia dichiarato di non voler essere nominata /.../ possono essere rilasciati in copia integrale a chi vi abbia interesse, in conformità alla legge, decorsi cento anni dalla formazione del documento. - 3. Durante il periodo di cui al com. 2 la richiesta di accesso al certificato o alla cartella può essere accolta relativamente ai dati relativi alla madre che abbia dichiarato di non voler essere nominata, osservando le opportune cautele per evitare che quest'ultima sia identificabile."

nascita, o nel caso in cui egli avesse un fondato sospetto che queste ultime, pur presenti, omettano di farlo, deve presentarla personalmente.

2.3. Capacità di agire

Dalla nascita, indistintamente, ogni individuo acquista dunque la capacità giuridica, diventa, cioè, idoneo ad essere soggetto di diritti e di doveri.

È soltanto con il raggiungimento del diciottesimo anno di età, però, che, per convenzione, la persona viene considerata in grado di curare i propri interessi e di compiere gli atti ordinari e specialmente straordinari della vita sociale, in quanto ritenuta essere in possesso delle facoltà intellettive e volitive adeguate per autogovernarsi. Con la maggiore età un soggetto avrebbe quindi raggiunto una maturità psichica tale da permettergli sia di valutare le conseguenze etiche, giuridiche, economiche e sociali delle proprie azioni, sia di adeguare liberamente le proprie scelte di condotta, acquisendo così la *capacità di agire*, di cui all'articolo 2 c.c.¹⁶, definibile come *attitudine ad esercitare diritti e adempiere agli obblighi compiendo* (direttamente o tramite rappresentanti legali) *manifestazioni di volontà produttive di effetti giuridici*, ovvero la possibilità di compiere manifestazioni di volontà per modificare la propria situazione giuridica¹⁷.

Pertanto, la capacità di agire e quindi la capacità di esercitare diritti e doveri, ha tre presupposti: - la "capacità giuridica", acquisita al momento dalla nascita (art. 1 c.c.) - la maggiore età, fissata al compimento del diciottesimo anno di età (art. 2 c.c.) - la "capacità di intendere e di volere", definita come attitudine di agire liberamente e coscientemente nei concreti e singoli casi della vita e nei rapporti di convivenza sociale.

Capacità giuridica e capacità di agire formano insieme la cosiddetta *capacità civile*.

¹⁶ art 2 c.c. (*Maggiore età. Capacità di agire*): "La maggiore età è fissata al compimento del 18° anno. Con la maggiore età si acquista la capacità di compiere tutti gli atti per i quali non sia stabilita una età diversa. Sono salve le leggi speciali che stabiliscono un'età inferiore in materia di capacità a prestare il proprio lavoro. In tal caso il minore è abilitato all'esercizio dei diritti e delle azioni che dipendono dal contratto di lavoro."

¹⁷ N.B. Con la maggiore età, il soggetto ha quindi il diritto di modificare la propria situazione giuridica, come amministrare i propri beni, contrarre matrimonio, adottare, fare testamento, *richiedere e acconsentire a trattamenti sanitari*, divenire proprietario di un immobile, acquisire la condizione di coniuge attraverso il matrimonio, assumere lo stato giuridico di impiegato, contrarre un rapporto di lavoro, ecc.

2.3.1. Fattori che possono incidere sulla capacità di agire

È capace di agire con diritto di modificare il proprio stato giuridico, il soggetto maggiorenne e capace di intendere e di volere. Il codice civile prevede comunque alcune eccezioni, riguardanti sia l'età sia la capacità di intendere e di volere.

2.3.1.1. Età

Sebbene l'acquisizione della capacità di agire sia normalmente fissata al compimento del diciottesimo anno di età, la legge concede alcune deroghe, dipendenti comunque dalla presenza nel minorenni di una *maturità anticipata*, connotata da conoscenze molteplici che permettono sia la comprensione del significato e la portata delle norme della convivenza sociale sia un comportamento responsabile.

Così per l'ammissione a determinati tipi di lavoro (art. 2 c.c., secondo comma), quale apprendista, è sufficiente il compimento degli anni quindici, limite abbassato ai quattordici per il lavoro agricolo e i servizi in famiglia.

A quattordici anni, il minore deve fornire il proprio consenso in caso di adozione, mentre l'adottante un minore deve aver compiuto gli anni trentacinque, e solo in casi particolari sono sufficienti trent'anni.

All'età dei sedici anni è possibile riconoscere un proprio figlio naturale (art. 250 c.c.¹⁸) e una ragazza minorenne¹⁹ può chiedere e ottenere l'interruzione volontaria della gravidanza (vedi capitolo circa legge 194/78).

A sedici anni, anziché a diciotto, è possibile contrarre matrimonio (art. 84 c.c.²⁰), ottenendo la cosiddetta *emancipazione*, disciplinata dall'articolo 390 c.c.²¹. Il soggetto così "emancipato", attraverso lo scioglimento dei

¹⁸ art. 250 c.c. (*Riconoscimento*): ".../ Il riconoscimento non può essere fatto dai genitori che non abbiano compiuto il sedicesimo anno di età."

¹⁹ N.B. La normativa riguardante l'*interruzione volontaria di gravidanza* parla genericamente di "minore" senza fissare un'età precisa, da cui diverse possibilità interpretative che da un lato parlano di anni 14, altri fanno riferimento all'età a partire dalla quale la minorenne è in grado di procreare, mentre altri ancora, a prescindere dall'età, auspicano un preliminare accertamento della maturità psichica raggiunta onde concedere l'autonoma richiesta.

²⁰ art. 84 c.c. (*Età*): "I minori di età non possono contrarre matrimonio. - Il tribunale, su istanza dell'interessato, accertata la sua maturità psico-fisica e la fondatezza delle ragioni adotte, sentito il pubblico ministero, i genitori o il tutore, può con decreto emesso in camera di consiglio ammettere per gravi motivi al matrimonio chi abbia compiuto i sedici anni. Il decreto è comunicato al pubblico ministero, agli sposi, ai genitori o al tutore. /.../".

²¹ art. 390 c.c. (*Emancipazione di diritto*): "Il minore è di diritto emancipato col matrimonio".

vincoli della *patria potestà* o della tutela, ottiene una, seppur limitata, capacità di agire potendo compiere gli *atti cosiddetti non eccedenti la ordinaria amministrazione*²², mentre per quelli cosiddetti *eccedenti l'ordinaria amministrazione* deve essere assistito da un curatore, che può essere o il coniuge, se maggiorenne, o, se entrambi i coniugi sono minorenni, preferibilmente un genitore, nominato dal giudice tutelare (art. 392 c.c.²³).

2.3.1.2. Condizioni psico-fisiche

Alcune infermità possono incidere, in modo permanente oppure transitorio, sulla capacità di agire, limitando o annullando la capacità di intendere e di volere, condizioni dalle quali possono derivare gli istituti dell'interdizione, dell'inabilitazione, dell'incapacità naturale, dell'amministratore di sostegno.

2.3.1.2.1. Interdizione

L'*interdizione*, prevista dall'articolo 414 c.c.²⁴, è di un provvedimento, spesso iniziato su richiesta dei familiari, preso dal giudice in seguito alla constatazione, nell'interdicendo, della presenza di una *grave e abituale infermità di mente*, determinante un'inefficienza ad attendere ai propri interessi.

Onde poter emettere la sentenza di interdizione, il giudice si avvale quindi spesso della consulenza del medico legale, al fine di ottenere un quadro preciso ed inequivocabile della reale situazione psichica del soggetto in esame²⁵.

²² Es. conservare il proprio patrimonio e usufruirne.

²³ art. 392 c.c. (*Curatore dell'emancipato*): "Curatore del minore sposato con persona maggiore di età è il coniuge. Se entrambi i coniugi sono minori di età, il giudice tutelare può nominare un unico curatore, scelto preferibilmente fra i genitori. /.../".

²⁴ art. 414 c.c. (*Persone che possono essere interdette*): "Il maggiore di età e il minore emancipato, i quali si trovino in condizioni di abituale infermità di mente che li rende incapaci di provvedere ai propri interessi, sono interdetti, quando ciò è necessario per assicurare la loro adeguata protezione".

²⁵ N.B. La necessità, oltre che il dovere sottoporre ad attento *esame il soggetto da interdire* da parte del giudice stesso o della necessità di richiedere il parere di un esperto, se il giudice non ne fosse in grado, è chiaramente espressa dall'art. 419 c.c. (*Mezzi istruttori e provvedimenti provvisori*): "Non si può pronunciare l'interdizione o l'inabilitazione senza che si sia proceduto all'esame dell'interdicendo o dell'inabilitando. Il giudice può in questo esame farsi assistere da un consulente tecnico. Può anche d'ufficio disporre i mezzi istruttori utili ai fini del giudizio, interrogare i parenti prossimi dell'interdicendo o dell'inabilitando e assumere le necessarie informazioni. Dopo l'esame, qualora sia ritenuto opportuno, può essere nominato un tutore provvisorio all'interdicendo o un curatore provvisorio all'inabilitando."

Così l'interdizione *può* essere applicata sia al maggiore di età, sia al minore emancipato, con grave e abituale infermità di mente, concetto questo volutamente vago e da interpretare estensivamente, ma che deve essere tale da inficiare in modo evidente e abituale le facoltà psichiche dell'individuo. L'infermità di mente che può dare luogo ad un provvedimento di interdizione può così essere rappresentata da una qualsiasi malattia psichica purché durevole, abituale appunto, e quindi non solo transitoria, e che comporti gravi difetti della coscienza, dell'affettività, dei poteri associativi e soprattutto volitivi, tali da togliere al soggetto la capacità di apprezzare il valore generico delle proprie azioni nell'ambito della vita civile, derivandone inoltre il pericolo di una condotta pregiudizievole ai propri interessi, esistendo così una evidente incapacità amministrativa dei propri beni²⁶.

Può inoltre essere interdetto, in base all'articolo 415 c.c., riguardante l'inabilitazione (vedi oltre), il sordomuto e il cieco dalla nascita o dalla prima infanzia, quando risulti del tutto incapace di provvedere ai propri interessi.

L'interdizione priva *totalmente* il soggetto della propria capacità di agire e, per qualunque atto, necessita dell'intervento di un "tutore", nominato dal giudice, che lo rappresenta in tutti gli atti civili che lo riguardano e ne amministra i beni²⁷.

La condizione di interdizione ha inizio con la pubblicazione della sentenza pronunciata dal giudice (si parla di *interdizione giudiziale*), sentenza soggetta a pubblicità e comunicata dal cancelliere all'Ufficiale dello Stato Civile, che annoterà lo stato di interdizione a margine dell'atto di nascita affinché tutti possano venire a conoscenza della situazione di incapacità

²⁶ N.B. Non è soltanto necessario il riconoscimento di uno stato d'infermità di mente abituale, ma questo deve inoltre essere tale da compromettere la capacità di provvedere in modo congruo ai propri interessi. Il medico legale deve quindi anche valutare la patologia in rapporto alla situazione sociale ed economica dell'individuo per il quale è richiesta l'interdizione, in quanto l'entità del deficit psichico necessario all'attuazione del provvedimento, sarà di grado più modesto nel caso di individui con grandi responsabilità e grandi patrimoni, dovrà invece essere molto grave nel caso di situazioni più umili. Non basta riscontrare una malattia mentale, ma va dimostrato che essa influisce sugli atti compiuti e sul comportamento (irrazionalità delle decisioni, errori di calcolo economico, dimenticanze contrattuali ecc.) e tenere conto dei riflessi materiali. - Es. demenze, morbo di Alzheimer, paralisi progressiva della sifilide terziaria, schizofrenia, paranoia, ecc.

²⁷ N.B. L'*interdizione* coincide con l'incapacità di agire del tutto analoga a quella del minore d'età, non potendo l'interdetto più disporre liberamente del proprio patrimonio, fare donazioni, testamento o stipulare contratti, riconoscere figli naturali o contrarre matrimonio, *non può acconsentire autonomamente ad alcun trattamento sanitario*. Rimane unicamente la capacità elettorale.

dell'interdetto²⁸. Nei casi di provata e definitiva guarigione dall'infermità mentale vi è comunque possibilità di revoca del provvedimento²⁹.

Oltre all'interdizione giudiziale, è anche prevista la cosiddetta *interdizione legale*³⁰, pena accessoria ad una condanna all'ergastolo, ovvero alla reclusione non inferiore a cinque anni, interdizione che non toglie, però, la capacità di contrarre matrimonio, di riconoscere figli naturali o di legittimarli nel caso di matrimonio.

2.3.1.2.2. Inabilitazione

L'*inabilitazione* è un provvedimento, previsto dall'articolo 415 c.c.³¹, preso dal giudice (su richiesta degli interessati, per lo più familiari) in seguito alla sussistenza o di una *infermità di mente abituale* di gravità non tale da dare luogo all'interdizione, o di *prodigalità*, o di *abuso abituale di sostanze alcoliche o stupefacenti*, o, infine, dell'*associazione di cecità e sordomutismo* dalla nascita o dalla prima infanzia, condizioni queste che possono esporre il soggetto e/o la sua famiglia a gravi pregiudizi economici.

²⁸ art. 423 c.c. (*Pubblicità*): "Il decreto di nomina del tutore o del curatore provvisorio e della sentenza d'interdizione o d'inabilitazione devono essere immediatamente annotati a cura del cancelliere nell'apposito registro e comunicati entro dieci giorni all'ufficiale dello stato civile per le annotazioni in margine all'atto di nascita."

²⁹ art. 429 c.c. (*Revoca dell'interdizione e dell'inabilitazione*): "Quando cessa la causa dell'interdizione o dell'inabilitazione, queste possono essere revocate su istanza del coniuge, dei parenti entro il quarto grado o degli affini entro il secondo grado, del tutore dell'interdetto, del curatore dell'inabilitato o su istanza del Pubblico ministero. Il giudice tutelare deve vigilare se la causa dell'interdizione o dell'inabilitazione continui. Se ritiene che sia venuta meno, deve informare il Pubblico ministero."

³⁰ art. 32 c.p. (*Interdizione legale*): "Il condannato all'ergastolo è in stato di interdizione legale. La condanna all'ergastolo importa anche la perdita della patria potestà, dell'autorità maritale e della capacità di testare, e rende nullo il testamento fatto prima della condanna. Il condannato alla reclusione per un tempo non inferiore a cinque anni è, durante la pena, in stato d'interdizione legale; la condanna produce altresì, durante la pena, la sospensione dall'esercizio della patria potestà e della autorità maritale, salvo che il giudice disponga altrimenti. Alla interdizione legale si applicano, per ciò che concerne la disponibilità e l'amministrazione dei beni, nonché la rappresentanza negli atti ad esse relativi, le norme della legge civile sulla interdizione giudiziale."

³¹ art. 415 c.c. (*Persone che possono essere inabilite*): "Il maggiore di età infermo di mente, lo stato del quale non è talmente grave da fare luogo all'interdizione, può essere inabilitato. Possono essere inabilitati anche coloro che, per prodigalità o per abuso abituale di bevande alcoliche o di stupefacenti, espongono sé e la loro famiglia a gravi pregiudizi economici. Possono infine essere inabilitati il sordomuto e il cieco dalla nascita o dalla prima infanzia, se non hanno ricevuto un'educazione sufficiente, salvo l'applicazione dell'art. 414 quando risulta che essi sono del tutto incapaci di provvedere ai propri interessi."

L'*infermità mentale* in questo caso deve ridurre le attitudini intellettive e/o volitive in modo notevole e abituale, ma non essere tale da determinare una completa incapacità di curare i propri interessi.

La *prodigalità*, un difetto caratteriale in un soggetto altrimenti sano di mente, consiste nell'abitudine a dissipare il proprio denaro e/o i propri beni per non riconoscerne il valore, comportamento che può arrecare un grave pregiudizio economico al soggetto stesso e/o alla sua famiglia (non va confuso con un delirio di grandezza o comportamenti maniacali).

Anche un *abuso abituale di alcolici o di sostanze stupefacenti* può incidere sulla valutazione dei propri interessi, in quanto lo stato di dipendenza condiziona le scelte, non più frutto di un logico e maturo pensiero.

Infine, il *sordomutismo o la cecità* dalla nascita o dalla prima infanzia, *possono* determinare un'educazione insufficiente a garantire una completa capacità di provvedere ai propri interessi, carenza dovuta anche all'isolamento sociale e alla mancanza di esperienza, con conseguente incompleto sviluppo intellettuale e insufficiente maturità psichica.

A differenza dell'interdizione, l'inabilitazione non annulla totalmente la capacità di agire, ma la *limita grandemente*. Il soggetto inabilitato mantiene, infatti, la capacità di agire per gli atti cosiddetti "*di ordinaria amministrazione*", mentre per i cosiddetti atti "*eccedenti l'ordinaria amministrazione*" e "*di disposizione*", cioè quegli atti, elencati dal codice civile, di apprezzabile interesse patrimoniale, è necessaria l'autorizzazione, rispettivamente, del giudice e del Tribunale³². L'inabilitato viene assistito da un "curatore" nominato dal giudice.

Una condizione di inabilitazione può essere revocata se le condizioni che l'hanno provocata dovessero cessare, altrimenti perdura fino alla morte.

Va ancora precisato che né l'interdizione né l'inabilitazione devono essere interpretate come provvedimenti "repressivi", ma come disposizioni finalizzate a tutelare gli interessi di coloro che, per infermità mentale, abusi di sostanze, ecc., potrebbero esporre se stessi e/o i propri congiunti a gravi danni, soprattutto patrimoniali³³. È anche indispensabile ricordare, come

³² Es. Così l'inabilitato può contrarre matrimonio, adottare figli e fare testamento, curare l'ordinaria amministrazione dei propri beni, *acconsentire ad un trattamento sanitario*, mentre deve essere assistito dal curatore per gli atti eccedenti l'ordinaria amministrazione (es. stipulare contratti).

³³ N.B. Negli accertamenti per *interdizione* o di *inabilitazione* possono assumere particolare importanza le testimonianze di coloro (medico, infermiere, ecc.) che hanno assistito la persona in questione nel periodo in cui è stato compiuto un determinato atto giuridico e che possono averne osservato sia eventuali condizioni psichiche abnormi, sia particolari patologie organiche (es. deliri da iperazotemia, deliri febbrili ecc.).

già accennato, che la dicitura "infermità di mente", cui si riferisce il codice civile negli articoli 414 (interdizione) e 415 (inabilitazione), ha un significato molto più estensivo rispetto alla "malattia mentale", che in ambito psichiatrico viene intesa come una modificazione "qualitativa" della funzione psichica, cioè, come una vera e propria deviazione dalla normalità. Infatti, il concetto di "infermità di mente" previsto nel codice può anche rappresentare una modificazione "quantitativa" di una funzione psichica in sé normale, cioè un'abnorme accentuazione di un tratto del carattere che produce un'alterazione del comportamento.

2.3.1.2.3. Incapacità naturale

L'*incapacità naturale* costituisce una forma di incapacità, disciplinata dall'articolo 428 c.c.³⁴, prevista per il caso in cui esista uno stato di incapacità di intendere e di volere, anche transitorio, durante il quale sia stato compiuto un atto che potrebbe avere arrecato un pregiudizio patrimoniale al soggetto stesso oppure ai suoi familiari. L'articolo tende tutelare chi, pur essendo maggiorenne e non interdetto o inabilitato, agisce in uno stato di incapacità (appunto definita "naturale") non dichiarata con sentenza del giudice (si parla infatti di *incapacità non dichiarata*), prevedendo l'annullamento dell'atto, se necessario anche perseguendo penalmente chi ha cercato di trarre profitto dalla situazione.

L'incapacità "naturale" fa riferimento a una qualsiasi causa, anche transitoria, che possa aver reso incapace di intendere o di volere al momento del negozio giuridico la persona. In tali situazioni deve potersi dimostrare una alterazione mentale tale da menomare le attitudini intellettive e/o volitive del soggetto e da togliergli quel tanto di discernimento e di autodeterminazione da produrre conseguenze giuridiche gravemente pregiudizievoli agli suoi interessi. Non è necessaria una vera "infermità di mente", essendo sufficiente uno stato anche transitorio di perturbamento psichico³⁵, che pos-

³⁴ art. 428 c.c. (*Atti compiuti da persone incapaci di intendere o di volere*): "Gli atti compiuti da persona che, sebbene non interdetta, si provi essere stata per qualsiasi causa, anche transitoria, incapace d'intendere o di volere al momento in cui gli atti sono stati compiuti, possono essere annullati su istanza della persona medesima o dei suoi eredi o aventi causa, se ne risulta un grave pregiudizio all'autore. – L'annullamento dei contratti non può essere pronunciata se non quando, per il pregiudizio che sia derivato o possa derivare alla persona incapace di intendere e di volere o per la qualità del contratto o altrimenti, risulta la malafede dell'altro contraente. – L'azione si prescrive nel termine di cinque anni dal giorno in cui l'atto o il contratto è stato compiuto."

³⁵ Es. da ubriachezza, stupefazione, stato febbrile acuto, suggestione, ecc.

sa impedire una adeguata valutazione dell'atto giuridico nel momento in cui questo viene compiuto³⁶.

L'incapacità naturale, propria cioè di coloro che non sono stati interdetti o inabilitati, determina quindi un intervento legale a favore di una persona bisognosa di protezione, i cui atti possono essere annullati su istanza della persona stessa o dei suoi eredi o degli aventi causa, entro il termine di cinque anni dal giorno in cui l'atto o il contratto è stato compiuto.

2.3.1.2.4. Amministratore di sostegno (cenni)

A completare la disamina riguardo eventuali incapacità va ancora fatta menzione al cosiddetto *amministratore di sostegno*, introdotto al fine di offrire una tutela particolare alle persone "deboli" e disciplinato dalla legge n°6 del 9 gennaio 2004, norma entrata a pieno titolo nel codice civile, all'articolo 404 c.c.³⁷.

Scopo di detta legge è quello di tutelare le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, attraverso interventi di sostegno temporaneo o permanente. Con tale legge, a tutela dei diritti costituzionalmente garantiti, si afferma la necessità di predisporre, in situazioni di particolari condizioni psico-fisiche, un sostegno che limiti, nel minimo necessario, la libertà d'azione del soggetto, scegliendo, per il singolo caso, l'intervento più idoneo.

I presupposti per la nomina di un amministratore di sostegno sono la presenza, nel soggetto "debole"³⁸, di una infermità di mente o di una menomazione fisica o psichica che determini l'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi.

La richiesta della nomina può essere inoltrata dallo stesso beneficiario (anche se minore, interdetto o inabilitato), dal coniuge, dalla persona sta-

³⁶ N.B. L'indagine medico-legale, volta alla dimostrazione della incapacità d'intendere e di volere al momento dell'atto compiuto e dato che l'art. 428 c.c. fa espresso riferimento a cause anche transitorie, può essere alquanto difficoltosa dovendosi basare sulla ricostruzione, a posteriori, della dinamica dell'evento al fine di comprendere la in allora condizione del soggetto.

³⁷ N.B. L'*amministratore di sostegno* è rubricato sotto il titolo XII "Delle misure di protezione delle persone prive in tutto od in parte di autonomia", Capo I "Dell'Amministratore di sostegno", art. 404 c.c. (*Amministratore di sostegno*): "La persona che, per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nella impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere adeguatamente ai propri interessi, può essere assistita da un amministratore di sostegno, nominato dal giudice tutelare del luogo in cui questa ha la residenza o il domicilio".

³⁸ Es. Tra i soggetti cosiddetti "deboli" e quindi suscettibili ad usufruire di tale misura, si possono citare portatori di handicap fisici, carcerati, malati terminali, ecc.

bilmente convivente, dai parenti entro il quarto grado, dagli affini entro il secondo grado, dal tutore, dal curatore ovvero dal pubblico ministero. Sono inoltre legittimati a presentare domanda i responsabili dei servizi sanitari e sociali, direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona.

Il ricorso va presentato al giudice tutelare del luogo di residenza o domicilio, che ascolta personalmente la persona cui il procedimento si riferisce, cercando di assecondare la sua volontà nella nomina dell'amministratore di sostegno, che solitamente sarà un soggetto affettivamente vicino al beneficiario stesso, nomina attuata entro 60 giorni dalla richiesta, sempre che non sussista la necessità urgente.

Va precisato che l'amministratore di sostegno, una volta nominato, non sostituisce in tutto e per tutto il beneficiario (come nel caso dell'interdizione), ma gli si affianca nel compimento di determinati atti (stabiliti nel decreto di nomina), in modo permanente o solo temporaneo (per approfondimenti vedi capitolo relativo)³⁹.

Tabella riassuntiva
Condizioni incidenti sulla capacità di agire

<p>Deroghe all'acquisizione della capacità di agire in relazione alla minore età</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>attività lavorativa</i> (14 aa => lavoro agricolo e servizi in famiglia; 15 aa => altri lavori e apprendista - art. 2 c.c.) - <i>consenso all'adozione</i> (14 aa) - <i>riconoscimento di figlio naturale</i> (16 aa - art. 250 c.c.) - <i>matrimonio</i> (16-18 aa - art. 84 c.c. => emancipazione - art. 390 c.c. (curatore per atti eccedenti ordinaria amministrazione - art. 392 c.c.) - <i>richiesta di IVG</i> (L. 194/78)
<p>Limitazione o annullamento capacità di agire in relazione a condizioni psico-fisiche</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>inabilitazione</i> (infermità di mente abituale, prodigalità, abuso abituale di sostanze, sordomutismo o cecità - art. 415 c.c.: limitazione => curatore per atti eccedenti l'ordinaria amministrazione) - <i>amministrazione di sostegno</i> (infermità o menomazione fisica e/o psichica anche parziale o temporanea - art. 404 c.c.) - <i>interdizione</i> (grave e abituale infermità di mente art. 414 c.c.: annullamento => tutore per qualsiasi atto) - <i>interdizione legale</i> (pena accessoria - art. 32 c.p.) - <i>incapacità naturale</i> (incapacità d'intendere o di volere "non dichiarata" - art. 428 c.c. => annullamento atti compiuti)

³⁹ N.B. In base alla legge n°180 del 1978, nel corso di un trattamento sanitario obbligatorio esiste una limitata capacità di agire (vedi capitolo al riguardo).

2.4. La psicopatologia forense in ambito civile

di Davide Torri

Le condizioni più sopra descritte richiedono spesso l'intervento del medico legale, preferibilmente esperto nel campo della *psicopatologia forense*.

È previsto dal codice di procedura civile (c.p.c.) che il Giudice possa farsi assistere, nel corso del procedimento, da consulenti di particolare competenza tecnica, scelti tra quelli iscritti in appositi albi (art. 61 c.p.c.⁴⁰).

L'accertamento compiuto in sede civile per conto del Giudice prende pertanto il nome di Consulenza Tecnica d'Ufficio, e l'operatore che lo effettua è chiamato Consulente Tecnico d'Ufficio (C.T.U.). Questi compie le indagini che gli sono affidate dal Giudice e fornisce a quest'ultimo i chiarimenti che gli sono richiesti. Il Consulente scelto da un albo ha l'obbligo di prestare il proprio ufficio, salvo che sussistano giusti motivi di astensione. Può altresì essere ricusato dalle parti per i motivi indicati nell'articolo 51 c.p.c..

All'atto di nomina del proprio Consulente il Giudice assegna altresì alle parti (attrice e convenuta) un termine entro il quale possono nominare un loro consulente tecnico (Consulente Tecnico di parte – C.T.P.), che partecipa alle operazioni del C.T.U. nonché all'udienza, ogni volta che vi interviene quest'ultimo⁴¹.

Lo psichiatra forense può pertanto essere chiamato, in qualità di C.T.U. o di C.T.P., a prestare la propria opera in ordine all'esecuzione di accertamenti principalmente nei seguenti ambiti: - protezione delle persone prive in tutto od in parte di autonomia tramite gli istituti dell'*Amministrazione di sostegno* (art. 404 c.c.), dell'*Interdizione* (art. 414 c.c.) o dell'*Inabilitazione* (art. 415 c.c.), nonché attraverso il riconoscimento della cosiddetta "*Incapacità naturale*" (art. 428 c.c.).

⁴⁰ art. 61 c.p.c. (*Consulente tecnico*): "Quando è necessario, il giudice può farsi assistere, per il compimento di singoli atti o per tutto il processo, da uno o più consulenti, di particolare competenza tecnica. - La scelta dei consulenti tecnici deve essere normalmente fatta tra le persone iscritte in albi speciali formati a norma delle disposizioni dell'attuazione del presente codice." - Il c.p.c., agli artt. 62-64 c.p.c. disciplina rispettivamente l'attività, l'obbligo di assumere l'incarico e la ricusazione, e la responsabilità del consulente, mentre agli artt. 191-201 c.p.c. vengono stabilite le formalità procedurali riguardanti la nomina e le indagini del consulente tecnico.

⁴¹ art. 201 c.p.c. (*Consulente tecnico di parte*): "Il giudice istruttore, con ordinanza di nomina del consulente, assegna alle parti un termine entro il quale possono nominare, con dichiarazione ricevuta dal cancelliere, un loro consulente tecnico. - Il consulente della parte, oltre ad assistere a norma dell'art. 194 alle operazioni del consulente del giudice, partecipa all'udienza e alla camera di consiglio ogni qual volta che interviene il consulente del giudice, per chiarire e svolgere, con l'autorizzazione del presidente, le sue osservazioni sui risultati delle indagini tecniche."

In relazione al realizzarsi o meno di una delle condizioni testé menzionate, il Consulente tecnico può altresì essere richiesto di prestare la propria opera entro procedimenti in punto di: - a. *Capacità di disporre per testamento* (art. 591 c.c.⁴²); - b. *Capacità di disporre per donazione* (artt. 774 c.c. e segg.⁴³); - c. *Annulabilità dei contratti* (art. 1425 c.c.); - d. *Invalidità del matrimonio* (art. 85 c.c.⁴⁴); - e. *Accertamenti in capo a richiedenti la rettificazione d'attribuzione di sesso* ovvero intervento di conversione (Legge 14 aprile 1982, n°164 “*Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso /.../*”⁴⁵, vedi capitolo a riguardo); - f. *Valutazione dell'idoneità genitoriale* nel contesto di processi d'adozione nonché d'affidamento e collocamento dei minori nei casi di separazione; - g. *Procedimenti inerenti il riconoscimento d'invalidità civile, invalidità pensionabile, malattie professionali ed infortuni sul lavoro* in ragione di menomazioni di ordine psichico (vedi capitolo a riguardo); - h. *Valutazioni in tema di danno biologico di natura psichica*⁴⁶.

3. Diritto penale

3.1. Concetti introduttivi

Il *diritto penale* disciplina il comportamento degli uomini, sanzionando azioni ritenute di pericolo e/o dannose per la comune convivenza. In senso

⁴² art. 591 c.c. (*Casi d'incapacità*): “Possono disporre per testamento tutti coloro che non sono dichiarati incapaci per legge. – Sono incapaci di testare: 1. coloro che non hanno compiuto la maggiore età; 2. gli interdetti per infermità di mente; 3. coloro che, sebbene non interdetti, si provi essere stati, per qualsiasi causa, anche transitoria, incapaci di intendere o di volere nel momento in cui fecero testamento. – Nei casi d'incapacità preveduti dal presente articolo il testamento può essere impugnato da chiunque vi ha interesse. L'azione si prescrive nel termine di cinque anni dal giorno in cui è stata data esecuzione alle disposizioni testamentarie.”

⁴³ Gli artt., dal 774 c.c. - 781 c.c. prendono in considerazione diverse situazioni in cui viene effettuata una donazione (interdetto, inabilitato, ecc.) e la possibilità di un loro eventuale annullamento.

⁴⁴ art. 85 c.c. (*Interdizione per infermità mentale*): “Non può contrarre matrimonio l'interdetto per infermità di mente. /.../”.

⁴⁵ N.B. Tali accertamenti sono abitualmente espletati in capo a soggetti transessuali, ovvero sia individui con una struttura psicologica avente caratteri propri del sesso opposto a quello cromosomico.

⁴⁶ L'art. 2043 c.c. (*Risarcimento per fatto illecito*) stabilisce che “qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno”. - N.B. Tra le fattispecie di danno è compreso il danno biologico, inteso come qualsiasi lesione all'integrità psicofisica della persona, suscettibile di valutazione medico-legale.

proprio, comprende l'insieme di norme giuridiche, contenute nel *codice penale* (c.p.)⁴⁷, attraverso le quali lo Stato vieta, mediante la minaccia della pena, le azioni umane ritenute dannose per la collettività ("fino a qui e non oltre"), con la finalità ultima e fondamentale di assicurare la conservazione e la tranquillità della *res pubblica*. Protegge i beni-interessi che, pur essendo di spettanza diretta del singolo (vita, incolumità personale, libertà, l'onore, ecc.), sono tutelati dallo Stato in vista di un interesse generale e comune.

Il diritto penale presenta un indubbio carattere sia sociologico, occupandosi dei fatti criminosi che interessano la società, sia bio-psicologico, essendone l'uomo il protagonista, da cui anche gli stretti legami del diritto penale con talune discipline extra-giuridiche, quali la sociologia criminale⁴⁸, l'antropologia criminale⁴⁹, la psicologia e la medicina legale, compresi i suoi settori di criminologia e psicopatologia forense (vedi oltre).

Il diritto penale considera i fatti criminosi (riguardano la condotta dell'uomo e le sue conseguenze giuridicamente rilevanti; *reati*) e i soggetti che attivamente li commettono (i *soggetti attivi*, anche definiti *rei*, agenti, colpevoli, autori, sono gli uomini che commettono tali fatti). Il *soggetto passivo*, o vittima, è invece il titolare del bene o dell'interesse leso e protetto dalla norma penale.

⁴⁷ N.B. Il *Codice Penale*, c.d. codice Rocco in onore dell'allora Ministro guardasigilli che ebbe a proporlo, è entrato in vigore il 1° luglio 1931. Esso consta di tre "libri", suddivisi in titoli, capi e sezioni, che contengono i diversi articoli: il libro I, intitolato "Dei reati in generale", definisce la legge penale, il reato, il reo e le sanzioni; il libro II, "Dei delitti in particolare", disciplina i diversi delitti, mentre il libro III, "Delle contravvenzioni in particolare", tratta delle contravvenzioni.

⁴⁸ Def. La *sociologia* si interessa dei fatti sociali, in quanto suscettibili di essere spiegati con leggi generali; la *sociologia criminale*, in particolare, ha quale obiettivo quello di spiegare i fenomeni criminosi, studiando specialmente i fattori cosiddetti macrosociali che possono intervenire nella criminogenesi, a prescindere da come questi ultimi possano avere agito sul singolo caso.

⁴⁹ Def. L'*antropologia criminale* si interessa dell'autore del reato, del quale studia la personalità psicofisica allo scopo di individuare quei fattori organici, psicologici, motivazionali, psicosociali che, di volta in volta, possono avere assunto dignità di causa, concausa o cofattore, nella determinazione della condotta anti-giuridica. Il soggetto viene, inoltre, messo in relazione con le caratteristiche dell'ambiente e dei cosiddetti fattori micro- e macrosociali con i quali è in stretto contatto e che possono avere influenzato la formazione della sua personalità. In sintesi, l'antropologia criminale si occupa dello studio dell'uomo, in quanto autore di reato, includendo nell'analisi l'approccio medico-organicistico e specialmente quello psicologico, psichiatrico e psicosociale.

3.2. Elementi costitutivi del reato

In base all'articolo 1 c.p.⁵⁰, la legge rappresenta il fondamento per potersi avere una incriminazione ed eventuale punizione; nessun reato può quindi esistere al di fuori della legge (*nullum crimen, nulla poena sine lege*).

Il *reato* può essere definito come un *fatto antigiuridico e colpevole*, che comporta quale conseguenza una sanzione propria, la pena, caratteristica, specifica e proporzionata per ogni diverso tipo di reato. È la violazione della legge penale, l'infrazione di un divieto o l'inadempienza di un comando, espressamente previsti nel codice penale.

Il reato presenta quindi tre gli elementi costitutivi, il fatto, l'antigiuridicità e la colpevolezza.

a. Il *fatto* (*elemento materiale* o oggettivo del reato) costituisce la violazione di un preciso precetto penale, mediante un'azione o omissione, da parte del reo (soggetto attivo) ai danni dell'offeso (soggetto passivo). Non può trattarsi di un'azione qualsiasi, ma di un fatto "tipico", conforme al modello astratto previsto dalla legge. Il fatto consta quindi di una *azione* (o omissione)⁵¹ e di un *evento*⁵², legati da un rapporto di causalità (da A deriva B).

b. L'*antigiuridicità* (*elemento giuridico* del reato) definisce il comportamento contrario a quanto contemplato dalla legge; costituisce, cioè, il rapporto di contrasto tra il fatto e il diritto⁵³. L'antigiuridicità di una data azione viene desunta da due elementi: la conformità del fatto concreto in esame con il modello astratto descritto dalla legge e l'assenza di cause di giustificazione, da cui la distinzione in antigiuridicità *formale*, la contrarietà, cioè, tra fatto e norma penale (qualificazione tecnico-giuridica della condotta umana), e antigiuridicità *materiale*, il contrasto cioè, tra azione

⁵⁰ art. 1 c.p. (*Reati e pene: disposizione espressa di legge*): "Nessuno può essere punito per un fatto che non sia espressamente preveduto come reato dalla legge, né con pene che non siano da essa stabilite".

⁵¹ N.B. L'*azione*, o condotta, è il comportamento umano che produce una qualche modificazione nel mondo esterno; essa può essere sia *commissiva*, il "fare", cioè, qualche cosa (es. uccidere o ferire una persona) sia *omissiva*, il "non fare", cioè, qualche cosa che si è obbligati dalla legge di fare (es. non prestare soccorso).

⁵² N.B. L'*evento*, o effetto o risultato, rappresenta il termine conclusivo dell'azione, ossia la modificazione prodotta nel mondo esterno o non impedita dalla condotta umana (es. l'effetto è la morte o la ferita della vittima).

⁵³ N.B. L'*antigiuridicità* è il giudizio dato ad una determinata azione umana, in quanto contraria al diritto, quando corrisponde alla fattispecie tipica prevista in una particolare norma incriminatrice (es. un soggetto, con una data azione, causa ad un altro individuo una malattia nel corpo o nella mente, realizzando così un fatto previsto espressamente dal codice penale come "lesione personale").

dell'uomo e interessi della comunità (prevale il concetto dall'antisocialità della condotta stessa).

c. La *colpevolezza* (*elemento soggettivo o psicologico* del reato), infine, indica il ruolo svolto dalla volontà del soggetto attivo nel compimento dell'azione antiggiuridica⁵⁴. La *colpevolezza* costituisce l'atteggiamento psicologico del reo che, volontariamente, viola la legge penale. Nella *colpevolezza* esiste quindi un contrasto fra la volontà del soggetto agente (il compimento di una azione cosciente e volontaria; contenuto psicologico della *colpevolezza*) e la volontà della norma (l'azione è in contrasto con la legge; contenuto normativo della *colpevolezza*), ovvero una disubbidienza intenzionale della norma tale da meritare la condanna.

3.3. *Classificazione dei reati*

I reati, in base all'articolo 39 c.p.⁵⁵, vengono distinti in delitti e contravvenzioni.

I *delitti* sono i reati più gravi, puniti con la multa, la reclusione o l'ergastolo, e comprendono tutti i comportamenti antiggiuridici che arrecano un danno soggettivo ad altri; le *contravvenzioni* sono i reati meno gravi, puniti con l'ammenda o l'arresto e riguardano tutti quei comportamenti antiggiuridici che ledono gli interessi finanziari dello Stato o sono contrari a norme di polizia.

I reati si suddividono inoltre procedibili d'ufficio e procedibili a querela della parte offesa.

Un reato si definisce come *procedibile d'ufficio* (o mediante azione pubblica) quando l'azione penale viene iniziata e promossa dal Procuratore della Repubblica (Pubblico Ministero, Pubblico accusatore, rappresentante della collettività nei confronti del reo) senza che sia necessaria la querela (la denuncia) da parte della persona offesa⁵⁶.

⁵⁴ N.B. Dell'*elemento soggettivo* del reato fa anche parte lo *scopo*, il movente o motivo dell'azione, che consiste nell'interesse personale contrario al diritto e che spinge a delinquere. Dell'analisi del movente, si occupa la *criminologia* cercando di ricostruire la psicodinamica del reato e di individuare il momento causale interno di un dato comportamento antisociale (vedi oltre).

⁵⁵ art. 39 c.p. (*Reato: distinzione tra delitti e contravvenzioni*): "I reati si distinguono in delitti e contravvenzioni secondo la diversa specie delle pene per essi rispettivamente stabilite da questo codice".

⁵⁶ N.B. La conoscenza dei *reati procedibili d'ufficio* è fondamentale per il professionista sanitario, in quanto è obbligato per legge a collaborare con l'amministrazione della giustizia, qualora presti assistenza a soggetti vittime di tali tipologie di reato stilando il referto o la denuncia di reato (vedi capitolo a riguardo).

I reati *procedibili a querela*, o mediante iniziativa privata, sono invece quelli in cui la procedibilità, cioè, l'azione penale, è subordinata alla volontà del soggetto offeso o danneggiato di presentare una denuncia.

3.4. Causalità materiale e causalità psichica

Un'altra distinzione, fondamentale, dei reati è quella che nasce dalla valutazione della responsabilità connessa ad un determinato illecito penale.

L'articolo 27 della Costituzione⁵⁷ afferma che la responsabilità penale è *personale*, il che significa che il soggetto risponde personalmente di un fatto colpevole individuale, mentre è esclusa la responsabilità per un fatto altrui.

Per la sussistenza di un reato, non è necessario che il soggetto agente presenti la deliberata volontà di violare una precisa norma penale che ben conosce, ovvero non occorre che conosca esattamente l'articolo del codice penale che sta infrangendo, ma deve essere consapevole di compiere qualche cosa di vietato, o meglio, di antisociale.

Infatti, in base all'articolo 5 c.p.⁵⁸, la norma penale è indirizzata a chiunque, indipendentemente dal fatto che sia o meno in grado di intenderla e di osservarla (se cioè il soggetto sia imputabile o meno, vedi oltre). Di questa sua ulteriore capacità verrà, invece, tenuto conto in un secondo momento, quando, cioè, si tratterà di applicare o meno la sanzione prevista per quel determinato tipo di reato.

Affinché una persona venga punita per un reato, deve averlo, dunque, materialmente compiuto, oltre ad esserne moralmente responsabile. Occorre quindi sempre ricercare e dimostrare sia il nesso di causalità tra l'azione (o l'omissione) e l'evento (*causalità materiale*), sia il nesso di causalità tra il fatto compiuto dall'agente e le di lui condizioni psichiche, al fine di poterlo considerare responsabile, cioè potergli addebitare la volontarietà del fatto costituitosi in reato (*causalità psichica*).

La *causalità materiale* viene definita dall'articolo 40 c.p.⁵⁹, che precisa come nessuno possa essere punito per un fatto che non ha commesso.

⁵⁷ art. 27 Cost.: "La responsabilità penale è personale. /.../".

⁵⁸ art. 5 c.p. (*Ignoranza della legge penale*): "Nessuno può invocare a propria scusa l'ignoranza della legge penale."

⁵⁹ 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 l'esistenza del reato, non è la conseguenza della sua azione od omissione. Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo."

La *causalità psichica*, o morale o soggettiva, disciplinata dall'articolo 42 c.p.⁶⁰, fa riferimento alla coscienza e alla volontà dell'agente, concetti ulteriormente sviluppati all'articolo 43 c.p.⁶¹, che definisce l'elemento psicologico del delitto.

In base a quest'ultimo articolo, il reato è *doloso*, o “secondo intenzione”, quando il fatto, commissivo od omissivo, viene attuato dall'agente con coscienza e volontà, prevedendone inoltre l'esito. Il dolo può quindi essere definito come “*libera e cosciente determinazione della volontà a cagionare un evento in contrasto con la legge penale*”, oppure come “*intenzione di cagionare un evento anti giuridico*”⁶².

Il reato *preterintenzionale*, o “oltre intenzione”, è quello che va oltre a quello che l'agente ha voluto. Questa tipologia di reato si compie in pratica in due “momenti”, di cui uno voluto e uno non voluto dall'agente: il primo rappresenta il cosiddetto “*delitto-base*”, risultato da una azione cosciente e volontaria, mentre il secondo costituisce l’“*evento ulteriore*”, non voluto dall'agente ma che si sovrappone, casualmente, alla prima azione, trasformandola in un risultato più grave non voluto né preveduto dall'agente⁶³.

Il reato *colposo*, o “contro intenzione”, non è voluto dall'agente, che ha sì messo in atto una condotta volontaria, commissiva od omissiva, ma da questa nasce un evento anti giuridico non voluto, esito che avrebbe però dovuto prevedere e quindi evitare usando la dovuta cautela. In questo caso, il soggetto si è reso responsabile di non avere rispettato le necessarie misure

⁶⁰ art. 42 c.p. (*Responsabilità per dolo o per colpa e per delitti preterintenzionale. Responsabilità obiettiva*): "Nessuno può essere punito per un'azione od omissione preveduta dalla legge come reato, se non l'ha commessa con coscienza e volontà. 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. La legge determina i casi nei quali l'evento è posto altrimenti a carico dell'agente, come conseguenza della sua azione od omissione; nelle contravvenzioni ciascuno risponde della propria azione od omissione cosciente e volontaria, sia essa dolosa o colposa."

⁶¹ art. 43 c.p. (*Elemento psicologico del delitto*): "Il delitto - è *doloso*, o secondo l'intenzione, quando l'evento dannoso o pericoloso che è il risultato dell'azione o omissione e da cui la legge fa dipendere l'esistenza del delitto, è dall'agente preveduto e voluto come conseguenza della propria azione o omissione; - è *preterintenzionale*, o oltre l'intenzione, quando dall'azione o omissione deriva un evento dannoso o pericoloso più grave di quello voluto dall'agente; - 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 inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline".

⁶² Es. *Dolo*: L'agente prende una pistola, la punta alla testa della vittima e spara: usa quindi un mezzo idoneo al fine di provocare la morte con lo sparo.

⁶³ Es. *Preterintenzione*: Il delitto base, cioè voluto, è quello di dare un pugno alla vittima al fine di percuoterla. Questa però, in seguito al colpo ricevuto, cade, batte la testa e muore. In questo caso il reo ha voluto unicamente percuotere, ma non uccidere; la morte della vittima è quindi il risultato andato oltre la sua volontà.

precauzionali o preventive prescritte invece dalla legge; si è comportato in modo potenzialmente pericoloso, pericolosità che egli aveva il dovere di prevedere e quindi di prevenire ed evitare. Un reato colposo può derivare da:

- *imprudenza*: il reato deriva da un comportamento incauto, avventato, incurante degli interessi altrui⁶⁴;

- *negligenza*: il reato consegue ad un'azione effettuata con trascuratezza, mancata attenzione o sollecitudine; negligenza è l'omissione voluta di un atto che si ha il dovere di compiere⁶⁵;

- *imperizia*: il reato scaturisce da un'azione compiuta con difetto di abilità o mancanza di adeguata preparazione tecnica, necessaria per l'esercizio di una determinata attività. È una inidoneità o incapacità intellettuale o operativa, valutate rispetto alla media, in relazione a determinate attitudini generiche o specifiche; l'imperizia può valere sia nelle azioni sia nelle omissioni; imperizia può anche essere chiamata incapacità professionale⁶⁶.

L'imprudenza, la negligenza e l'imperizia costituiscono la cosiddetta *colpa generica*, derivante, in sostanza, da un'azione contraria alle buone regole di comportamento, a differenza della cosiddetta *colpa specifica*, conseguente ad *inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline*, per violazione, cioè, di precise norme stabilite dalla legge o dall'autorità⁶⁷.

3.5. La dottrina della causalità in medicina legale (cenni)

Il codice penale prevede una causalità materiale (nesso esistente fra due fenomeni, di cui uno assume qualità di causa e l'altro quella di effetto; è il

⁶⁴ Es. *Imprudenza* in ambito sanitario: costituisce imprudenza non valutare correttamente il rischio di una prestazione chirurgica in rapporto alle condizioni di salute del paziente o sottoporlo ad un trattamento terapeutico particolarmente rischioso e non reso necessario dalla malattia specifica.

⁶⁵ Es. *Negligenza* in ambito sanitario: forma negligenza può essere la dimenticanza, in un campo operatorio, di un ferro o di materiale di medicazione nella cavità corporea operata; - il rilascio di un certificato di buona salute ad uso sportivo ad un individuo, senza visitarlo accuratamente, e il soggetto muore durante l'attività agonistica, non essendo stata fatta diagnosi di cardiopatia.

⁶⁶ N.B. *L'imperizia* viene valutata, per corrente dottrina e giurisprudenza, con riferimento alla preparazione tecnica e professionale della media degli individui che esercitano quell'attività; cioè non sarà imperito colui che, in condizioni di urgenza e di particolare necessità, si troverà a dover compiere una sutura o addirittura un piccolo intervento chirurgico e, data la sua preparazione professionale, non lo eseguirà a regola d'arte o provocherà anche un danno al paziente, mentre imperito sarà colui che, nel corso di una medicazione, non osserverà scrupolosamente le norme di asepsi e provocherà un'infezione al paziente.

⁶⁷ Es. l'inosservanza del codice della strada.

rapporto esistente fra azione, commissiva o omissiva, ed evento; art. 40 c.p. “rapporto di causalità”), e una causalità psicologica (rapporto fra intenzione dell’agente ed evento; art. 43 c.p. “elemento psicologico del reato”).

Questi concetti della causalità trovano applicazione anche in medicina legale e più precisamente all’interno della dottrina della *causalità*. Infatti, nella sua attività, lo specialista deve stabilire se un dato evento biologico (es. malattia, lesione, morte) sia stato causato da un fatto o da una azione umana, commissiva o omissiva, così da essere addebitabile all’autore della condotta stessa. La determinazione della causa dell’evento dannoso può riguardare l’ambito penale, civile o assicurativo (vedi capitolo riguardante la responsabilità e il danno alla persona).

Per affrontare la questione del rapporto di causalità è necessaria la conoscenza di alcune definizioni riguardanti la terminologia usata in questo ambito.

a. Così come *causa* (letteralmente ciò che modifica), si deve intendere quell’antecedente, di interesse e valore sia medico sia giuridico, necessario e sufficiente alla produzione dell’evento. In altre parole, la causa corrisponde a quell’antecedente da cui, in concorso o meno con altri fattori, necessariamente e invariabilmente dipende il prodursi di una modificazione peggiorativa dello stato anteriore di un soggetto⁶⁸.

b. La *concausa* è l’antecedente necessario, ma non sufficiente, alla produzione dell’evento. Il codice penale, all’articolo 41⁶⁹, prevede il *concorso di cause* suddividendo le concause in *preesistenti*⁷⁰ (o *condizione* che si identifica come uno stato di predisposizione) che possono essere anatomiche (organi ectopici, anomalo decorso di un vaso, ecc.), fisiologiche (osteoporosi senile, fisiologica distensione della vescica, ecc.) o patologiche (diabete mellito, aneurisma aortico, neoplasie, ecc.), *simultanee*⁷¹ e *sopravve-*

⁶⁸ N.B. Lo *stato anteriore* del soggetto va inteso come il complesso delle sue condizioni cliniche, generali o locali, congenite o acquisite, anatomiche, fisiologiche o patologiche, preesistenti all’azione dannosa.

⁶⁹ art. 41 c.p. (*Concorso di cause*): “Il concorso di cause preesistenti o simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall’azione od omissione del colpevole, non esclude il rapporto di causalità fra l’azione od omissione e l’evento. Le cause sopravvenute escludono il rapporto di causalità quando sono state da sole sufficienti a determinare l’evento. - In tal caso, se l’azione od omissione precedentemente commesso costituisce per sé un reato, si applica la pena per questo stabilita. - Le disposizioni precedenti si applicano anche quando la causa preesistente o simultanea o sopravvenuta consiste nel fatto illecito altrui.”

⁷⁰ Es. *concausa preesistente*: un’emorragia da trauma cranico minore in soggetto portatore di un aneurisma cerebrale: sebbene il trauma sia stato di per sé di modesta entità, la presenza dell’aneurisma non va considerato solo come un antecedente condizionale, una semplice predisposizione, ma come vera e propria concausa preesistente, che concorre in modo efficiente con il trauma cranico nel determinismo della morte.

⁷¹ Es. *concausa simultanea*: ferita da punta e taglio inferta con un pugnale infetto.

nute⁷². Il concorso di tali concause non esclude il rapporto di causalità, tranne nel caso in cui una concausa sopravvenuta sia da sé sufficiente a determinare l'evento⁷³.

c. L'*occasione* rappresenta l'ultimo degli antecedenti causali a cui viene riconosciuta una minima efficienza causale. Oltre ad essere l'ultimo degli antecedenti causali, è teoricamente sostituibile e quindi connotato da genericità, provvisto di capacità lesiva rispetto all'uomo sano e normale, equiparabile quantitativamente agli atti ordinari fisiologici e della vita vegetativa (es. tossire, defecare, ecc.) e presenta una esiguità lesiva rispetto alla gravità dell'effetto dannoso⁷⁴.

d. Il *momento rivelatore* costituisce solo il fatto, in occasione del quale si rivela ciò che già era antecedentemente esistente e non rappresenta quindi un antecedente causale.

Il medico legale deve seguire una precisa criteriologia nella ricerca del nesso causale, partendo dalla puntuale ricostruzione dello stato anteriore del soggetto danneggiato che verrà raffrontato con quanto rilevabile dopo l'evento dannoso e quindi al momento dell'esame clinico e medico legale, al fine di stabilire quale o quali delle modificazioni peggiorative eventualmente riscontrate siano da riferire causalmente o concausalmente all'antecedente. Nella sua analisi egli applicherà i seguenti criteri: - quello *cronologico*: l'antecedente causale deve precedere l'evento, seppur non valga necessariamente il principio *post hoc, ergo propter hoc*, dovendosi sempre dimostrare che un determinato danno sia correlato con un certo evento lesivo iniziale⁷⁵; - quello *topografico e modale*: corrispondenza tra sede di applicazione del trauma⁷⁶ o via di somministrazione di una sostanza e la modalità di comparsa e di evoluzione dei disturbi fino al conclamarsi del danno; - quello di *adeguatezza quali-quantitativa* che può essere assoluta (causa è sufficiente in sé) o relativa (sono necessarie concause per rea-

⁷² Es. *concausa sopravvenuta*: un soggetto traumatizzato lieve muore in seguito ad una complicanza settica per cure inadeguate.

⁷³ N.B. Una *concausa sopravvenuta* può interrompere il rapporto di causalità, quando vi è: l'eccezionalità e quindi imprevedibilità; l'atipicità, nel senso che è intervenuto qualche cosa di nuovo rispetto alla condotta considerata; indipendenza dalla condotta considerata; capacità di essere di per sé sufficiente a causare l'evento. - Es. un soggetto ferito in modo non grave, muore a causa di gravi ferite riportate durante un imprevedibile incidente stradale occorso all'ambulanza che lo portava in ospedale.

⁷⁴ Es. distacco di un trombo venoso in corso di tromboflebite della safena a causa di un movimento flessorio della gamba.

⁷⁵ N.B. tra evento iniziale e finale deve essere trascorso un lasso di tempo sufficiente e compatibile ai fini dell'ammissione del nesso causale.

⁷⁶ N.B. non sempre però la corrispondenza tra applicazione del trauma e sede dei disturbi è assoluta, es. lesioni da contro colpo nei traumatizzati cranici, embolie, ecc.

lizzare il danno)⁷⁷; - quello di *continuità fenomenologica*: deve esserci un continuum dei sintomi e segni fra la lesione iniziale e il danno⁷⁸; - quello di *esclusione di altra causa*⁷⁹.

In sintesi, i suddetti criteri applicati nella ricerca del nesso causale, analizzati singolarmente e poi valutati insieme agli altri, anche al fine di rinvenire una concordanza fra loro, tendono a portare alla conoscenza dei meccanismi etio-patogenetici del danno obiettivato.

3.6. Imputabilità

3.6.1. Concetti introduttivi

Mentre la responsabilità penale è personale e nessuno può invocare l'ignoranza della legge a sua discolta, è solo nel momento in cui si tratta di comminare o meno la sanzione prevista dalla legge, che può essere necessario valutare se il soggetto agente, al momento del fatto-reato, era in condizioni psichiche tali da comprendere e volere quella data azione illecita.

È il concetto dell'*imputabilità*, definibile come l'idoneità del soggetto di essere sottoposto a procedimento penale ed essere punito per il reato compiuto⁸⁰. L'imputabilità è quindi l'espressione della responsabilità penale, la capacità di essere giudicati e puniti per un fatto previsto dal codice penale come reato; la pena può così essere comminata solo a chi è responsabile del proprio comportamento, o meglio, a chi è "imputabile", a chi possiede, cioè, la capacità di intendere e di volere, come previsto dall'articolo 85 c.p.⁸¹. L'imputabilità è l'idoneità psichica a comprendere di avere commesso fatti rilevanti per la legge penale, è una condizione intrinseca della per-

⁷⁷ Es. un veleno è lesivo se somministrato per via idonea (=adeguatezza qualitativa) e a dosi adeguate (=adeguatezza quantitativa).

⁷⁸ N.B. si riconoscono le c.d. "sindromi a ponte", in cui non vi è interruzione sintomatologica, e sindromi con "intervallo libero", es. ematoma extra durale, dopo un intervallo asintomatico, produce effetti a distanza di tempo da un trauma cranico.

⁷⁹ N.B. la causa può non essere riconosciuta direttamente se non attraverso la esclusione di altre eziopatogenesi. Tale procedimento può essere comunque utilizzato anche come verifica o controprova di una causa già accertata.

⁸⁰ N.B. Il problema concreto e individuale dell'*imputabilità*, si presenta solamente quando un soggetto ha commesso un'azione delittuosa e quindi potrebbe sorgere la necessità di stabilire le sue facoltà mentali al momento del fatto illecito commesso e ciò al fine di applicare la pena, la misura di sicurezza, o entrambe o nessuna di queste, a seconda del risultato emerso dall'esame psichiatrico-forense del reo.

⁸¹ art. 85 c.p. (*Capacità di intendere e di volere*): "Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se, al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile. È imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere."

sonalità, indipendente dal fatto-reato, al contrario della colpevolezza. È imputabile chi possiede qualità psico-fisiche naturali tali da essere in grado di regolare consapevolmente e liberamente le proprie azioni, capacità che, per convenzione giuridica, viene acquisita con il raggiungimento della cosiddetta *maturità psichica*, che rende il soggetto idoneo ad essere imputato per un reato e di subirne le conseguenze previste dalla legge; chi invece non possiede tali capacità, non potrà essere assoggettato a pena.

Essendo l'imputabilità legata all'acquisizione della capacità mentale, ne segue il corso naturale della vita umana: viene presuntivamente acquisita a partire dall'epoca della pubertà, si attenua o si perde col sopraggiungere di fatti patologici e si estingue con la morte.

Anche se l'imputabilità, come tutte le definizioni giuridiche, è un concetto astratto, si riferisce comunque a una situazione reale e la sua valutazione si risolve in un giudizio concreto sullo stato mentale di un soggetto; l'imputabilità è quindi un modo proprio di essere di ogni soggetto, caratterizzato dalla capacità mentale, a sua volta legata allo sviluppo psichico e alla sanità di mente. Da questi due ultimi fattori dipende il carattere libero e cosciente delle azioni umane nella sfera del diritto.

3.6.2. La capacità di intendere e di volere

In base all'articolo 85 c.p., un soggetto può dunque essere punito per un reato da lui commesso unicamente se "ha la capacità di intendere e di volere"⁸².

Avere la *capacità di intendere* significa essere in grado di rettamente discernere atti e fatti e prevedere le conseguenze del proprio comportamento, capacità che necessita non solo un funzionamento psichico integro, una percezione e lettura della realtà adeguate, corretta attribuzione e valutazione di significato, ma anche una rappresentazione, previsione critica delle conseguenze dell'azione che si intende compiere; il soggetto deve quindi essere in grado di comprendere se la sua azione è buona o cattiva, comprenderne cioè, il valore morale, se è lecita o illecita, cioè il suo valore giuridico, e se, infine e specialmente, è utile o dannosa all'interesse comune, comprenderne cioè il valore o disvalore sociale e quindi il carattere antiodioso e proibito dell'azione stessa.

⁸² N.B. La Corte di Cassazione ha stabilito che, "ai fini del giudizio di imputabilità", la capacità di intendere e di volere debba intendersi come "l'attitudine del soggetto a rendersi conto del valore sociale dell'atto che compie, a discernere e valutarne le conseguenze, ad autodeterminarsi nella selezione dei molteplici motivi che esercitano nella sua coscienza una particolare attrattiva" (Cass. Pen., Sez.1., 18/1/75).

La *capacità di volere* è la cosiddetta capacità di autodeterminarsi in vista del raggiungimento di uno scopo. Significa sapere controllare e differire le proprie pulsioni, avere quindi anche la capacità di inibirsi, di resistere agli impulsi moventi e saper frenare le forze impellenti dei propri sentimenti e del proprio tornaconto.

In sostanza, il soggetto, per essere ritenuto imputabile, deve essere in grado di comprendere ciò che sta facendo o omettendo, comprenderne le possibili implicazioni e conseguenze, determinando di conseguenza il proprio comportamento⁸³.

Affinché un soggetto possa essere ritenuto imputabile al momento del fatto-reato commesso, deve essere stato in possesso della capacità di intendere e di volere, cioè di entrambe, da cui deriva che per escludere o diminuire l'imputabilità, è anche sufficiente che ne manchi o sia carente una sola.

Negli articoli successivi all'articolo 85 c.p., vengono codificate diverse condizioni che possono o meno influire sull'imputabilità e quindi avere ripercussioni sulla applicazione o meno della pena.

3.6.3. Fattori incidenti sull'imputabilità

Il codice penale distingue tre diverse categorie di fattori incidenti o meno sull'imputabilità di un individuo: fattori di natura fisiologica, patologica e tossica.

3.6.3.1. Per quanto riguarda la *condizione fisiologica*, l'articolo 97 c.p.⁸⁴ stabilisce come il limite cronologico per aversi l'imputabilità siano i quattordici anni di età, età mediamente corrispondente alla pubertà, periodo decisivo per la maturazione fisica e psichica. Per convenzione, l'infraquattordicenne non ha quindi ancora raggiunto una maturità intellettuale sufficiente per comprendere il significato e le implicazioni di un suo eventuale comportamento delittuoso, ragion per cui non può essere sottoposto a pena, sebbene esista la possibilità dell'applicazione di una misura di sicurezza (vedi oltre).

⁸³ N.B. Una *valutazione della capacità di intendere e di volere* verterà quindi sull'esame delle funzioni cognitive e organizzative (valutazione sulla capacità di percepire e analizzare correttamente gli stimoli provenienti dal mondo sia esterno sia interno) e sull'analisi delle funzioni cosiddette previsionali (capacità di elaborare, in base di una valutazione critica, un comportamento che tenga conto di tutte le sue prevedibili conseguenze).

⁸⁴ art. 97 c.p. (*Minore degli anni quattordici*): "Non è imputabile chi, al momento in cui ha commesso il fatto, non aveva compiuto i quattordici anni."

Il successivo articolo 98 c.p.⁸⁵ contempla invece la fascia di età compresa tra i quattordici e i diciotto anni, in cui la sussistenza o meno dell'imputabilità va sempre verificata caso per caso, indagando sulla maturità intellettuale e volitiva, cioè la cosiddetta *maturità psichica*⁸⁶, raggiunta dal soggetto. Se questa è presente, il soggetto viene giudicato imputabile, ma subirà comunque una pena diminuita.

Al raggiungimento dei diciotto anni, il soggetto è presuntivamente ritenuto imputabile, salvo prova contraria.

3.6.3.2. Le cause di *natura patologica* che possono incidere sull'imputabilità di un soggetto sono, *in primis*, il *vizio totale* (art. 88 c.p.⁸⁷) e il *vizio parziale di mente* (art. 89 c.p.⁸⁸).

Occorre soffermarsi su alcune espressioni contenute negli articoli suddetti. Parlando il codice genericamente di "*infermità*", ne deriva che l'interpretazione del termine può essere ampia, potendovi rientrare condizioni di ordine sia psichico sia organico, purché incidano, anche transitoriamente⁸⁹, sullo stato mentale di un soggetto; la dicitura "stato di mente"⁹⁰ va intesa come l'espressione clinica della patologia riscontrata al "momento del fatto"⁹¹, espressione che a sua volta indica che la compromissione delle capa-

⁸⁵ art. 98 c.p. (*Minore degli anni diciotto*): "E' imputabile chi nel momento in cui ha commesso il fatto, aveva compiuto i quattordici anni, ma non ancora i diciotto, se aveva la capacità di intendere e di volere; ma la pena è diminuita."

⁸⁶ N.B. Al soggetto *maggiore degli anni 14 ma minore degli anni 18*, sia che venga giudicato "immaturato", o affetto da vizio di mente e dichiarato socialmente pericoloso verrà applicata la misura di sicurezza della collocazione in comunità.

⁸⁷ art. 88 c.p. (*Vizio totale di mente*): "Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere o di volere."

⁸⁸ art. 89 c.p. (*Vizio parziale di mente*): "Chi, nel momento in cui ha commesso il fatto era, per infermità, in tale stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità d'intendere o di volere, risponde del reato commesso, ma la pena è diminuita."

⁸⁹ Es. *infermità transitoria*: durante un delirio febbrile malarico, un soggetto provoca una lesione ad altri, scambiandolo per un assalitore; la malaria, malattia notoriamente di interesse non psichiatrico, può invece indurre uno stato di mente alterato che interessa invece lo psichiatra forense.

⁹⁰ N.B. Non sempre, ad es. una schizofrenia deve essere causa di esclusione o diminuzione dell'imputabilità, in quanto tale patologia può trovarsi in diversi "stati", essere cioè in una fase acuta di scompenso delirante, o, anche grazie alle terapie, trovarsi in una fase di quiescenza sintomatologica.

⁹¹ N.B. Il "*momento del fatto*" non va solo inteso cronologicamente, ma anche in modo motivazionale: così, ad es., se un soggetto in una fase di scompenso acuto con delirio persecutorio uccide il suo presunto persecutore, è evidente che, al momento del fatto, vi fu una relazione fra la sua infermità (schizofrenia)/stato di mente (scompenso acuto) e il delitto stesso, che risulta essere espressione della malattia riscontrata. Se lo stesso soggetto, nelle stesse condizioni, avesse invece messo in atto, ad es. un furto, esisterebbe sì una relazione

capacità di intendere e/o di volere deve essere stata presente al momento della commissione del fatto delittuoso; usando infatti il legislatore la congiunzione “disgiuntiva” “o”, ne deriva che devono essere presenti entrambe le capacità, essendo sufficiente la mancanza o la grande diminuzione di una sola per aversi rispettivamente un vizio totale o parziale di mente. Con il termine “vizio”, infine, vanno intese quelle condizioni patologiche che possono escludere o scemare grandemente l'imputabilità, togliendo del tutto o in gran parte la capacità di intendere e/o di volere.

3.6.3.2.1. Vizio totale di mente: un *vizio totale di mente*, di cui all'articolo 88 c.p., può derivare da un processo morboso di qualsiasi natura, fisica o psichica, organica oppure funzionale, acuta o cronica, continua o accessoriale, acquisita oppure congenita, che abbia ripercussioni sulle funzioni psichiche (sullo stato di mente), turbandole in modo tale da togliere *totalmente* la capacità di intendere e/o di volere⁹², al momento del fatto-reato. Si è quindi di fronte ad un vizio totale di mente, quando l'imputato o indagato, al momento in cui ha commesso una determinata azione delittuosa, era, a causa della sua infermità, incapace di intendere e/o di volere e quindi non imputabile; il soggetto non verrà sottoposto alla pena prevista.

Nella valutazione del soggetto va stabilito se il vizio totale era dovuto ad uno stato di malattia acuto con ripercussioni sulle psichiche mente oppure a una infermità di mente; nel primo caso, infatti, l'imputato potrà essere prosciolto, essendosi trattato di una condizione morbosa acuta presente al momento del fatto-reato e che ha avuto ripercussioni sulle capacità mentali, ma che ormai si è risolto, da cui la non necessità di alcuna misura di sicurezza con conseguente eventuale rimessa in libertà del soggetto; nel secondo caso, invece, seppure il soggetto non subirà una pena detentiva, si dovrà inoltre stabilire se l'infermità di mente è causa di una pericolosità sociale attuale, nel qual caso il soggetto verrà internato in un ospedale psichiatrico giudiziario (O.P.G., vedi oltre).

3.6.3.2.2. Vizio parziale di mente: la differenza fra *vizio parziale di mente* e totale è di tipo quantitativo, l'articolo 89 c.p. parla, infatti, di “ca-

temporale (al momento del fatto), ma mancherebbe la relazione motivazionale, non essendo il furto espressivo della sua infermità, e quindi seppur malato, sarebbe chiamato a rispondere del suo comportamento delittuoso.

⁹² N.B. *Possono*, ma non necessariamente devono, costituire causa di *vizio totale di mente* le malattie psichiatriche (psicosi, come la schizofrenia, la paranoia ecc.), le malattie cerebrali neurologiche (epilessia, meningiti, tumori cerebrali, ecc.) e le malattie somatiche di origine infettiva, tossica, metabolica, endocrina, ecc. (stati febbrili acuti, uremia, polmoniti, insufficienza epatica acuta, ecc.).

pacità grandemente scemata", per cui l'imputabilità del soggetto è ridotta, con conseguente pena diminuita⁹³. Anche in questo caso si dovrà verificare la presenza o meno di una pericolosità sociale. Se questa è presente, alla pena detentiva diminuita, seguirà l'applicazione della misura di sicurezza con il ricovero in Casa di Cura e di Custodia (C.C.C. vedi oltre).

3.6.3.2.3. Rientra fra le condizioni patologiche che *possono*, eventualmente, incidere sull'imputabilità il *sordomutismo*, previsto dall'articolo 96 c.p.⁹⁴. Il sordomutismo in sé non costituisce necessariamente una causa di non imputabilità e spetterà al giudice stabilire, caso per caso, eventualmente coadiuvato da un consulente specialista, se tale infermità abbia o meno avuto influenza sulla capacità di intendere e/o di volere del soggetto al momento del fatto-reato. Il soggetto sordomuto viene pertanto considerato alla stregua di un soggetto ultra-quattordicenne e infra-diciottenne, del quale va indagato sempre la capacità di intendere e/o di volere. Va precisato che tale articolo è valido unicamente per il sordomuto e non per colui che è muto e non sordo o sordo, ma non muto⁹⁵.

3.6.3.3. Il terzo gruppo di condizioni che *possono* influire sull'imputabilità, è costituito da *condizioni di natura tossica*, quali le intossicazioni da al-

⁹³ N.B. Le infermità che *possono* dare luogo ad un *vizio parziale di mente*, sono, ad es., le forme meno gravi di oligofrenia, di demenza senile, di schizofrenia ecc., ma tali da provocare una grave diminuzione della capacità d'intendere e/o di volere, cioè uno scadimento delle facoltà psichiche volitive e razionali del soggetto in una percentuale che, pur non raggiungendo il 100%, è pur sempre molto elevata.

⁹⁴ art. 96 c.p. (*Sordomutismo*): "Non è imputabile il sordomuto che, nel momento in cui ha commesso il fatto, non aveva, per causa della sua infermità, la capacità d'intendere o di volere. Se la capacità d'intendere o di volere era grandemente scemata, ma non esclusa, la pena è diminuita".

⁹⁵ N.B. Il *sordomutismo* può essere *congenito* (es. da lue, alterazioni dello sviluppo) o *acquisito* (da meningite cerebrospinale, otite, scarlattina, traumi, ecc.). Il sordomutismo congenito insorge alla nascita o nei primissimi anni di vita per cui il bambino, non udendo, può non apprendere l'uso della parola. Sovente alla sordità si affiancano altri deficit, spesso di tipo intellettuale. A prescindere da una educazione specifica, volta a sviluppare nel sordomuto un valido aggancio al mondo esterno attraverso lo sviluppo della capacità di comprendere gli altri e di esprimersi a sua volta, questi può rimanere in una situazione di isolamento tale da impedirgli un corretto sviluppo della personalità. Il ritardo nello sviluppo delle facoltà mentali che spesso ne risulta, è dovuto alla difficoltà di acquisire concetti astratti, con evidente danno al patrimonio ideativo, associativo e mnemonico, equiparabile ad uno stato di immaturità psichica, con possibile incapacità di intendere e/o di volere. Il sordomutismo può anche essere *acquisito* e insorgere in soggetti precedentemente né sordi né muti ed intellettivamente normali (gravi traumi cranici, encefaliti o tumori cerebrali), giudicati quindi capaci di intendere e di volere.

cool e/o da stupefacenti, la cui assunzione, notoriamente, può provocare disordini psichici.

Il legislatore non ha previsto articoli differenziati per le intossicazioni da alcool o da stupefacente, come specificato all'articolo 93 c.p.⁹⁶, da cui risulta che quanto stabilito per le prime vale anche per le seconde.

Con il termine di *ubriachezza* deve intendersi uno stato di ebbrezza acuto, momentaneo ed episodico, provocato dall'assunzione di sostanze alcoliche, caratterizzato da eccitamento psicomotorio, instabilità emotiva, attenuazione dei freni inibitori, disprezzo dei pericoli, diminuzione dell'attenzione e del senso critico, associato, a volte, al sopravvento di profonde tendenze egoistiche e antisociali con litigiosità e atteggiamenti violenti, condizioni queste che possono comportare una facilitazione alla commissione di un reato.

La *stupefazione* comporta uno stato di euforia, acuta, momentanea ed episodica, provocato dall'assunzione di una sostanza stupefacente. A seconda del tipo di sostanza stupefacente o psicotropa assunta, gli effetti dell'intossicazione acuta variano: euforia, disinibizione degli istinti, fuga delle idee, stati di irrequietezza, eccitazione, esaltazione, allucinazioni, ecc., che possono portare il soggetto a manifestare impulsi incontrollabili favorenti comportamenti delittuosi.

Per quanto riguarda l'intossicazione da alcol il codice fa una distinzione fra ubriachezza, acuta o abituale ed un'intossicazione cronica.

- **a.** L'articolo 91 c.p.⁹⁷ definisce l'*ubriachezza* derivata da "*caso fortuito o da forza maggiore*", indipendenti quindi dalla volontà del soggetto agente⁹⁸. Se in tali condizioni questi si trovava in stato di "ubriachezza piena" non è imputabile, se invece lo stato di ubriachezza non era tale da escludere

⁹⁶ art. 93 c.p. (*Fatto commesso sotto l'azione di sostanze stupefacenti*): "Le disposizioni dei due articoli precedenti si applicano anche quando il fatto è stato commesso sotto l'azione di sostanze stupefacenti".

⁹⁷ art. 91 c.p. (*Ubriachezza derivata da caso fortuito o da forza maggiore*): "Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, non aveva la capacità di intendere o di volere, a cagione di piena ubriachezza derivata da caso fortuito o da forza maggiore. Se la ubriachezza non era piena, ma era tuttavia tale da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità di intendere o di volere, la pena è diminuita".

⁹⁸ Es. *ubriachezza* dovuta all'accidentale inalazione di vapori alcolici nell'ambiente di lavoro o derivati dal mosto in fermentazione o dall'assunzione di bevande alcoliche per sbaglio o per scherzi altrui o il caso di un soggetto rapito, ubriacato e costretto a compiere un'azione delittuosa. – In questo ultimo caso del fatto delittuoso può eventualmente rispondere colui che ha determinato lo stato di incapacità dell'agente in base all'art. 86 c.p. (*Determinazione in altri dello stato d'incapacità allo scopo di far commettere un reato*): "Se taluno mette altri nello stato d'incapacità d'intendere o di volere, al fine di fargli commettere un reato, del reato commesso dalla persona resa incapace risponde chi ha cagionato lo stato di incapacità".

del tutto la capacità di intendere e/o di volere, ma comunque tale inficiarla grandemente, il soggetto deve rispondere del reato, ma la pena è ridotta⁹⁹.

- **b.** L'articolo 92 c.p.¹⁰⁰ fa riferimento all'assunzione *volontaria*¹⁰¹ o *colposa* di alcol¹⁰², situazioni in cui non è esclusa né diminuita l'imputabilità, ma, anzi, nel caso dell'ubriachezza *preordinata*¹⁰³, la pena è aumentata. L'articolo è giustificato da ragioni di politica criminale, che intende frenare, attraverso la minaccia della pena, un comportamento giudicato riprovevole e potenzialmente dannoso per il singolo e/o la collettività.

- **c.** L'articolo 94 c.p.¹⁰⁴ stabilisce un inasprimento della pena nei confronti di chi fa del vizio del bere un "*modus vivendi*"; con l'aggettivo "*abituale*" si vuole definire chi va incontro a frequenti episodi di ebbrezza acuta separati da intervalli di lucidità. Si parla, invece, di abitudine alla assunzione di droga quando il soggetto sia "*dedito all'uso di tali sostanze*", ricorrendovi spesso. Anche questo articolo è giustificato dall'esigenza di arginare la propensione al bere ed agli stupefacenti e le possibili conseguenze delittuose.

- **d.** Il legislatore distingue le suddette condizioni di intossicazione dalla "*intossicazione cronica*", prevista dall'articolo 95 c.p.¹⁰⁵. Con il termine "cronico", si vuole intendere uno stato morboso conclamato che *può* escludere o scemare grandemente la capacità d'intendere e/o di volere¹⁰⁶; una in-

⁹⁹ Es. *intossicazione fortuita* da LSD che, per le sue caratteristiche intrinseche, può essere aggiunta da altri su zollette di zucchero e consumata, quindi, inconsapevolmente.

¹⁰⁰ art. 92 c.p. (*Ubriachezza volontaria o colposa ovvero preordinata*): "L'ubriachezza non derivata da caso fortuito o da forza maggiore non esclude né diminuisce l'imputabilità. Se l'ubriachezza era preordinata al fine di commettere un reato, o di prepararsi una scusa, la pena è aumentata".

¹⁰¹ Es. Ubriachezza *intenzionale* per superare uno stato di tristezza.

¹⁰² Es. Ubriachezza *colposa* per scarsa accortezza e poca attenzione alla quantità di alcool ingerita, da cui deriva un comportamento delittuoso.

¹⁰³ Es. Ubriachezza *preordinata* è quella voluta dall'agente al fine di alterare il proprio stato di mente, sia per diminuire i freni inibitori, sia per addurre una scusante, in vista di un comportamento anche delittuoso. Vedi anche art. 87 c.p. (*Stato preordinato d'incapacità d'intendere o di volere*): "La disposizione della prima parte dell'art. 85 non si applica a chi si è messo in stato d'incapacità d'intendere o di volere al fine di commettere il reato, o di prepararsi una scusa".

¹⁰⁴ art. 94 c.p. (*Ubriachezza abituale*): "Quando il reato è commesso in stato di ubriachezza, e questa è abituale, la pena è aumentata. Agli effetti della legge penale, è considerato ubriaco abituale chi è dedito all'uso di bevande alcoliche e in stato frequente di ubriachezza. L'aggravamento di pena stabilito nella prima parte di questo articolo si applica anche quando il reato è commesso sotto l'azione di sostanze stupefacenti da chi è dedito all'uso di tali sostanze".

¹⁰⁵ art. 95 c.p. (*Cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti*): "Per i fatti commessi in stato di cronica intossicazione prodotta da alcool ovvero da sostanze stupefacenti, si applicano le disposizioni contenute negli artt. 88 e 89".

¹⁰⁶ N.B. Da un punto di vista clinico, il *confine tra ubriachezza abituale e intossicazione cronica* risulta spesso sfumato. L'alcoolista manifesta uno "stile di vita" che progressiva-

tossicazione cronica da alcol o stupefacenti *può* quindi essere equiparata ad uno stato di infermità, da valutarsi comunque sempre caso per caso (vedi capitolo relativo le dipendenze da sostanza).

3.6.3.4. Il codice penale, all'articolo 90 c.p.¹⁰⁷, disciplina, infine, gli *stati emotivi e passionali* che non influiscono sull'imputabilità.

Le emozioni e passioni fanno notoriamente parte dell'affettività di ogni persona¹⁰⁸ e possono condizionare la condotta umana, ma il legislatore pretende che il soggetto che ha raggiunto un certo grado di maturità psichica sia capace di inibire, frenare e controllare gli impulsi da esse eventualmente scatenati. Si vogliono così prevenire le azioni delittuose di quegli individui che facilmente vanno incontro agli stati d'ira e a comportamenti violenti su sfondo emozionale o passionale. Si tratta in definitiva di una ragione di politica criminale¹⁰⁹.

Tabella riassuntiva
Condizioni incidenti e non sull'imputabilità

Non incidono né sull'imputabilità né sulla pena	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Ubbriachezza o intossicazione da sostanza stupefacente volontaria o colposa</i> (art. 92, 1 co., c.p.) - "<i>Stati emotivi o passionali</i>" (art. 90 c.p.)
---	---

mente comporta alterazioni di ordine psico-fisico caratteristiche (allucinazioni del delirium tremens, il delirio di gelosia, la sindrome di Korsakoff, la demenza, l'encefalopatia di Wernicke, ecc.) e un progressivo decadimento delle condizioni fisiche. L'art. 95 c.p. disciplina anche l'intossicazione cronica da sostanze stupefacenti, situazione ancora più difficile da differenziare da una intossicazione abituale: l'uso frequente di tali sostanze è, in effetti, sempre connesso ad un certo grado di dipendenza psichica e/o fisica tale da eventualmente inficiare la capacità d'intendere e/o di volere.

¹⁰⁷ art. 90 c.p. (*Stati emotivi e passionali*): "Gli stati emotivi e passionali non escludono né diminuiscono l'imputabilità".

¹⁰⁸ Def. Una *emozione* è un moto d'animo improvviso, transitorio, una variazione dell'umore e del tono affettivo; una manifestazione istintiva legata alla conservazione e alla difesa del soggetto, scatenata da uno stimolo esterno improvviso e violento, che altera l'emotività del soggetto (es. dolore, ira, paura, angoscia, terrore, disgusto, vergogna, gioia, ecc.). Una *passione* è invece uno stato affettivo più durevole, che nasce a poco a poco in seguito ad una elaborazione mentale superiore ed ha un significato più sociale di una semplice emozione che coinvolge unicamente il soggetto che lo prova, in quanto presenta contenuti etici, familiari o sociali, legati a forme di egoismo oppure di altruismo (amore, odio, gelosia, vendetta, fanatismo, ambizione, ecc.), tutte forme affettive che in qualche modo possono coinvolgere altre persone, nei confronti delle quali la passione è sentita.

¹⁰⁹ N.B. Di fatto, però, *stati emotivi e passionali*, possono incidere fortemente sulla capacità d'intendere e/o di volere e, a volte, uno stato emotivo intenso rappresenta l'estrinsicazione di una patologia psichiatrica che ne è alla base (es. la gelosia può essere espressione di una patologia misconosciuta e scambiata per uno stato passionale). A volte, in fase di giudizio, una emozione o una passione vengono prese in considerazione quale condizione attenuante, altre volte invece possono costituire un'aggravante del reato stesso.

Non incidono sull'imputabilità e aumentano la pena	<ul style="list-style-type: none"> - ubriachezza o stupefazione "preordinata al fine di commettere il reato o di prepararsi una scusa" (art. 92, II co., c.p.) - ubriachezza "abituale" (art. 94, I co., c.p.) - "essere dedito all'uso di sostanze" (art. 94, III co., c.p.)
Non escludono o limitano l'imputabilità, e diminuiscono la pena	<ul style="list-style-type: none"> - Età tra 14-18 e possesso capacità intendere e volere (art. 98 c.p.) - "vizio parziale di mente" (art. 89 c.p.) - ubriachezza non "piena" da caso fortuito o forza maggiore (art. 91, II co., c.p.) - intossicazione cronica da alcool o sostanze che scema grandemente capacità intendere e/o volere (art. 95 c.p.) - sordomutismo che scema grandemente capacità di intendere e/o volere (art. 96, II co., c.p.)
Escludono l'imputabilità	<ul style="list-style-type: none"> - età < 14 anni (art. 97 c.p.) - "vizio totale di mente" (art. 88 c.p.) - "piena ubriachezza" da "caso fortuito" o "forza maggiore" (art. 91, I co, c.p.) - intossicazione cronica da alcool o sostanze stupefacenti, tale da escludere capacità di intendere e/o volere (art. 95 c.p.) - sordomutismo che esclude capacità di intendere e/o volere (art. 96, I co., c.p.)

3.7. Pericolosità sociale e misure di sicurezza

L'organizzazione del codice penale poggia sul sistema detto a "doppio binario", che, da un lato, si fonda sull'imputabilità, presupposto della punibilità, e dall'altro sulla *pericolosità sociale*, premessa per potersi applicare una *misura di sicurezza*¹¹⁰.

La *pericolosità sociale* è un concetto che non si riferisce unicamente a soggetti autori di reato portatori di eventuale malattia mentale e giudicati non imputabili e per questi definita all'articolo 203 c.p.¹¹¹, ma anche a qualsiasi individuo che, essendosi reso responsabile di un reato, presenti la probabilità di commetterne altri.

¹¹⁰ Def. Le *misure di sicurezza* sono provvedimenti adottati per "risocializzare" il condannato ritenuto socialmente pericoloso. In questo senso si distingue dalla pena che ha invece una funzione retributiva ed è proporzionata al reato commesso. La misura di sicurezza può promuovere l'educazione o la cura a seconda delle esigenze al fine di neutralizzare la pericolosità del soggetto.

¹¹¹ art. 203 c.p. (*Pericolosità sociale*): "Agli effetti della legge penale, è socialmente pericolosa la persona, anche se non imputabile o non punibile, la quale ha commesso taluno dei fatti indicati nell'articolo precedente, quando è probabile che commetta nuovi fatti previsti dalla legge come reati. /.../".

Si tratta quindi di un giudizio “prognostico” la cui valutazione si basa su indici sia legali¹¹², applicati dal giudice stesso, specie qualora trattasi di soggetto imputabile, sia clinici, indagati dallo specialista medico legale in particolare di fronte a soggetti non imputabili.

Per quanto concerne gli indici clinici, sebbene non vi sia una correlazione diretta tra una qualsiasi malattia mentale e comportamento violento, rimane comunque innegabile la possibilità, e a volte la probabilità, che un soggetto portatore di disturbi mentali possa compiere reati a motivazione psicopatologica. Una valutazione prognostica circa un possibile comportamento delittuoso, dovrà così tenere conto non solo della natura dell’affezione, della sua gravità, della coloritura affettiva, ecc., della possibilità di un trattamento terapeutico e della *compliance*, ma anche dell’ambiente, specie familiare, nel quale il soggetto è inserito, di cui si indagheranno la qualità delle relazioni, il grado di partecipazione e di interesse mostrati alle vicende concernenti il sofferente psichico, nonché della possibilità di una presa in carico dei servizi territoriali per un adeguato trattamento¹¹³.

Le *misure di sicurezza* (art. 202 c.p.¹¹⁴) possono essere di tipo patrimoniale (cauzione di buona condotta; confisca) o personale, quest’ultime a lo-

¹¹² art. 133 c.p. (*Gravità del reato: valutazione agli effetti della pena*): “/.../ il giudice deve tenere conto della gravità del reato, desunta: - 1. dalla natura, dalla specie, dai mezzi, dall’oggetto, dal tempo, dal luogo e da ogni altra modalità dell’azione; - 2. dalla gravità del danno o del pericolo cagionato alla persona offesa dal reato; - 3. dalla intensità del dolo o dal grado della colpa. Il giudice deve tener conto, altresì, della capacità a delinquere del colpevole, desunta: - 1. dai motivi a delinquere e dal carattere del reo; - 2. dai precedenti penali e giudiziarie, in genere, dalla condotta e dalla vita del reo, antecedenti al reato; - 3. dalla condotta contemporanea o susseguente al reato; - 4. dalle condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo.”

¹¹³ N.B. Nella valutazione di una *pericolosità sociale* del sofferente psichico si prendono così in considerazione i cosiddetti *indicatori interni* (gli aspetti psicopatologici: tipo di infermità e possibilità di un efficace trattamento e la verifica del tipo di risposta allo stesso; la permanenza o meno di una sintomatologia psicotica florida che ha dato luogo al delitto; la consapevolezza di malattia; l’eventuale comorbilità con abuso di sostanze o disturbi di personalità; eventuali scompensi comportamentali ravvicinati; la progressione di gravità nelle condotte di scompenso) insieme ai cosiddetti *indicatori esterni* (caratteristiche dell’ambiente familiare e sociale di appartenenza; disponibilità e qualità dei servizi psichiatrici presenti sul territorio; possibilità di inserimento o reinserimento lavorativo e/o di soluzioni alternative ecc.). (Fornari)

¹¹⁴ art. 202 c.p. (*Applicabilità delle misure di sicurezza*): “Le misure di sicurezza possono essere applicate soltanto alle persone socialmente pericolose, che abbiano commesso un fatto preveduto dalla legge come reato. – La legge determina i casi nei quali a persone socialmente pericolose possono essere applicate misure di sicurezza per un fatto non preveduto dalla legge come reato.”

ro volta distinguibili in non detentive¹¹⁵ e detentive. Quelle detentive prevedono che: - un soggetto imputabile e ritenuto socialmente pericoloso venga assegnato ad una Colonia agricola o ad una Casa di lavoro (art. 216 c.p.); - il reo giudicato semi-imputabile e pericoloso, una volta scontata la pena ridotta, venga ricoverato in una Casa di Cura e Custodia (C.C.C., art. 219 c.p.¹¹⁶); - mentre un giudizio di non imputabilità e pericolosità sociale, comporta l'internamento in un Ospedale Psichiatrico Giudiziario (O.P.G., art. 222 c.p.¹¹⁷), se maggiorenne, o in Riformatorio Giudiziario, se minore (art. 223 c.p e seg.)¹¹⁸.

Il concetto di pericolosità sociale del portatore di disturbo mentale si lega oggi a quello di trattamento. Così ogni misura di sicurezza non deve più avere unicamente lo scopo di proteggere la società, ma anche e specialmente rispondere alla necessità di trattamento e cura dell'infermo-reo¹¹⁹. Invece

¹¹⁵ N.B. Le misure di sicurezza personali *non detentive* comprendono: libertà vigilata, divieto di soggiorno in determinati comuni o province, divieto di frequentare osterie e pubblici spacci di bevande alcoliche, espulsione dello straniero dallo Stato.

¹¹⁶ art. 219 c.p. (*Assegnazione a una casa di cura e di custodia*): "Il condannato, per delitto non colposo, a una pena diminuita per cagione di infermità psichica, o di cronica intossicazione da alcool o da sostanza stupefacente, ovvero per cagione di sordomutismo, è ricoverato in una casa di cura e di custodia /.../". - N.B. La durata del ricovero in C.C.C. non può essere inferiore ad un anno, se la pena prevista per il reato commesso è uguale o superiore agli anni cinque, aumentata ad anni tre, se la pena prevista è superiore agli anni dieci o dell'ergastolo. Ricoveri della durata di almeno sei mesi, possono essere sostituiti dalla misura della libertà vigilata, sempre che non si tratti di condannati a pena ridotta per intossicazione cronica da sostanze stupefacenti.

¹¹⁷ art. 222 c.p. (*Ricovero in un manicomio giudiziario*): "Nel caso di proscioglimento per infermità psichica, ovvero per intossicazione cronica da alcool o da sostanza stupefacente, ovvero per sordomutismo, è sempre ordinato il ricovero dell'imputato in un manicomio giudiziario /.../" - N.B. La *durata dell'internamento in O.P.G.* non può essere inferiore agli anni due. Se la pena prevista per il reato compiuto è dell'ergastolo, la durata minima prevista è di anni dieci, durata diminuita a cinque anni se la pena prevista per il reato commesso è di dieci o più anni di reclusione.

¹¹⁸ N.B. La Corte Costituzionale con sentenza n°324 del 1998 ha dichiarato l'illegittimità dell'art. 222 c.p. nella parte in cui prevede anche per i minori non imputabile e socialmente pericoloso l'applicazione della misura di sicurezza dell'internamento in O.P.G., da cui l'alternativa del collocamento in una comunità terapeutica. - art. 223 c.p. (*Ricovero dei minori in riformatorio giudiziario*): "Il ricovero in un riformatorio giudiziario è misura di sicurezza speciale per i minori, e non può avere durata inferiore a un anno /.../". - N.B. Seppure *l'infra-quattordicenne* non possa essere "punito", non di meno nei suoi confronti può essere applicata la misura di sicurezza nella forma del riformatorio giudiziario, misura applicata anche eventualmente al soggetto fra i 14-18 anni. - Attualmente si è comunque soliti a collocare il minore in una comunità (art. 36, comma 2, DPR n°448/1988), nella quale dovrà seguire specifiche prescrizioni inerenti alle attività di studio o di lavoro, ovvero altre attività utili per la sua educazione e socializzazione, oppure con il ricorso alla libertà vigilata (art. 224 c.p.).

¹¹⁹ N.B. Sentenza n°253 del 18 luglio 2003 pronunciata dalla Corte Costituzionale. "di-

di ricorrere sempre all'internamento in O.P.G. oggi si tende quindi ad adottare misure di trattamento più personalizzate, quali l'inserimento in strutture riabilitative territoriali (comunità terapeutiche, case alloggio, ecc.), che, usando lo strumento della libertà vigilata, possono essere sufficienti a controllare il livello di pericolosità.

Va ancora precisato come pronunce di diverse sentenze della Corte Costituzionale hanno stabilito sia che non esistono presunzioni di pericolosità, dovendo la stessa essere accertata al momento della sua applicazione, sia la possibilità della revoca anticipata della misura di sicurezza, fissata in sentenza nella sua durata minima ma non massima, qualora la pericolosità venga meno.

Tabella riassuntiva
Applicazione misure di sicurezza

Colonia agricola o Casa di lavoro	- reo maggiorenne imputabile e socialmente pericoloso
Casa di Cura e Custodia (C.C.C.)	- reo maggiorenne con vizio parziale di mente socialmente pericoloso (art. 219 c.p.)
Ospedale Psichiatrico Giudiziario (O.P.G.)	- reo maggiorenne con vizio totale di mente socialmente pericoloso (art. 222 c.p.)
Riformatorio Giudiziario o Riformatori speciali	- reo minore 14 aa non imputabile (art. 224 c.p.) - reo tra 14-18 aa dopo la pena (art. 225 c.p.) - minore delinquente abituale, professionale o per tendenza (art. 226 c.p.) - minori socialmente pericolosi (art. 227 c.p.)

chiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 222 del codice penale (Ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario), nella parte in cui non consente al giudice, nei casi ivi previsti, di adottare, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una diversa misura di sicurezza, prevista dalla legge, idonea ad assicurare adeguate cure dell'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale.”

3.8. La psicopatologia forense in ambito penale

di Davide Torri

Le condizioni più sopra descritte richiedono spesso l'intervento del medico legale, preferibilmente esperto nel campo della *psicopatologia forense*.

In sede penale lo psichiatra forense può essere chiamato a prestare la propria opera, già nella fase delle indagini preliminari, in qualità di ausiliario di polizia giudiziaria da quest'ultima autorità nominato¹⁷². Sia il Pubblico Ministero sia le parti private possono altresì nominare ciascuna i propri consulenti, in numero non superiore a due¹⁷³. Nei casi testé descritti si parla di Consulenza Tecnica, e l'operatore è definito Consulente Tecnico.

Qualora invece l'accertamento tecnico sia *disposto dal Giudice*¹⁷⁴, esso prende il nome di *Perizia*¹⁷⁵, ed il consulente nominato dal Giudice è detto Perito. Il perito è scelto tra gli iscritti ad appositi albi o tra persone fornite di particolare competenza nelle singole discipline, ed ha l'obbligo di prestare il suo ufficio, salvo che ricorrano motivi di legittima astensione (art. 221 c.p.p.¹⁷⁶). Nel caso sia disposta Perizia, il Pubblico Ministero e le parti private hanno facoltà di nominare i propri consulenti tecnici, in numero non superiore, per ciascuna parte, al numero dei periti (art. 225 c.p.p.¹⁷⁷).

¹⁷² art. 348 c.p.p. (*Assicurazione delle fonti di prova*), comma 4: "La polizia giudiziaria, quando /.../ compie atti od operazioni che richiedono specifiche competenze tecniche, può avvalersi di persone idonee le quali non possono rifiutare la propria opera".

¹⁷³ art. 233 c.p.p. (*Consulenza tecnica fuori dei casi di perizia*): "Quando non è stata disposta perizia, ciascuna parte può nominare, in numero non superiore a due, propri consulenti tecnici /.../".

¹⁷⁴ N.B. Giudice per le Indagini Preliminari (G.I.P.), Giudice per l'Udienza Preliminare (G.U.P.) o Giudice del dibattimento o dell'esecuzione.

¹⁷⁵ art. 220 c.p.p. (*Oggetto della perizia*): "1. La perizia è ammessa quando occorre svolgere indagini o acquisire dati o valutazioni che richiedono specifiche competenze tecniche, scientifiche o artistiche. - 2. Salvo quanto previsto ai fini dell'esecuzione della pena o della misura di sicurezza non sono ammesse perizie per stabilire l'abitudine o la professionalità nel reato, la tendenza a delinquere, il carattere e la personalità dell'imputato e in genere le qualità psichiche indipendenti da cause patologiche."

¹⁷⁶ art. 221 c.p.p. (*Nomina del perito*): "1. Il giudice nomina il perito scegliendolo tra gli iscritti negli appositi albi o tra persone fornite di particolare competenza nella specifica disciplina. Quando la perizia è dichiarata nulla, il giudice cura, ove possibile, che il nuovo incarico sia affidato ad altro perito. - 2. Il giudice affida l'espletamento della perizia a più persone quando le indagini e le valutazioni risultano di notevole complessità ovvero richiedono distinte conoscenze in differenti discipline. - 3. Il perito ha l'obbligo di prestare il suo ufficio, salvo che ricorra uno dei motivi di astensione previsti dall'art. 36."

¹⁷⁷ art. 225 c.p.p. (*Nomina del consulente tecnico*): "1. Disposta la perizia, il pubblico ministero e le parti private hanno facoltà di nominare propri consulenti tecnici in numero non superiore, per ciascuna parte, a quello dei periti. /.../".

Sia in caso di Consulenza Tecnica sia qualora sia stata disposta Perizia, i risultati degli accertamenti sono discussi in contraddittorio di fronte al Giudice, che esamina periti e consulenti.

Gli ambiti d'indagine contestualmente ai quali più frequentemente lo psichiatra forense è chiamato, in sede penale e secondo le modalità suddette, a prestare la propria opera, sono molteplici.

3.8.1. Distinguiamo anzitutto, tra gli accertamenti da eseguirsi in capo all'*autore di reato*, i seguenti: - a. valutazione dell'imputato in ordine all'accertamento dell'eventuale sussistenza in capo allo stesso, al momento del fatto reato, di un vizio di mente tale da escludere (art. 88 c.p.) o scemare grandemente (art. 89 c.p.), pur senza escluderla, la *capacità d'intendere o di volere* del medesimo; - b. accertamento, in riferimento all'applicabilità delle misure di sicurezza, dell'eventuale *pericolosità sociale* psichiatrica della persona (art. 203 c.p.) che abbia commesso un fatto preveduto dalla legge come reato, anche se riconosciuta non imputabile o non punibile. È previsto che la pericolosità sociale sia rivalutata periodicamente, ovvero in qualsiasi momento, su disposizione del Giudice, qualora vi sia ragione per ritenere che tale condizione sia venuta meno¹⁷⁸; - c. valutazione del possesso, da parte dell'imputato, della *capacità di partecipare coscientemente al processo*¹⁷⁹. Qualora venga riconosciuta l'incapacità processuale del soggetto, il procedimento viene sospeso, e viene disposta rivalutazione periodica (ogni sei mesi od anche prima, qualora se ne ravvisi l'esigenza, ex art. 72 c.p.p.¹⁸⁰) dello stato di mente dell'imputato sino a che questi non raggiunga una condizione tale da permetterne la consapevole partecipazione al processo, ovvero debba essere pronunciata sentenza di proscioglimento o di

¹⁷⁸ art. 208 c.p. (*Riesame della pericolosità sociale*): "Decorso il periodo minimo di durata, stabilito dalla legge per ciascuna misura di sicurezza, il giudice riprende in esame le condizioni della persona che vi è stata sottoposta, per stabilire se essa è ancora socialmente pericolosa. – Qualora la persona risulti ancora pericolosa, il giudice fissa un nuovo termine per un esame ulteriore. Nondimeno, quando vi sia ragione di ritenere che il pericolo sia cessato, il giudice può, in ogni tempo, procedere a nuovi accertamenti."

¹⁷⁹ art. 70 c.p.p. (*Accertamenti sulla capacità dell'imputato*): "Quando /.../ vi è ragione di ritenere che, per infermità mentale sopravvenuta al fatto, l'imputato non è in grado di partecipare coscientemente al processo, il giudice, se occorre, dispone anche di ufficio, perizia /.../".

¹⁸⁰ art. 72 c.p.p. (*Revoca dell'ordinanza di sospensione*): "1. Allo scadere del sesto mese dalla pronuncia dell'ordinanza di sospensione del procedimento, o anche prima quando ne ravvisi l'esigenza, il giudice dispone ulteriori accertamenti peritali sullo stato di mente dell'imputato. Analogamente provvede a ogni successiva scadenza di sei mesi, qualora il procedimento non abbia ripreso il suo corso. – 2. La sospensione è revocata con ordinanza non appena risulti che lo stato mentale dell'imputato ne consente la cosciente partecipazione al procedimento ovvero che nei confronti dell'imputato deve essere pronunciata sentenza di proscioglimento o di non luogo a procedere."

non luogo a procedere¹⁸¹; - d. valutazione, ai fini dell'imputabilità, dell'autore di reato che ha commesso il fatto in *stato d'ubriachezza* (ovvero *sotto l'azione di sostanze stupefacenti*, art. 93 c.p.), derivata da caso fortuito o forza maggiore (art. 91 c.p.), volontaria o colposa ovvero preordinata (art. 92 c.p.), abituale (art. 94 c.p.), nonché per i fatti commessi in stato di *cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti* (art. 95 c.p.); - e. valutazione dell'eventuale possesso della *capacità d'intendere e di volere* da parte del *minore di età uguale o superiore agli anni 14* (art. 98 c.p.).

3.8.2. Può essere altresì richiesta la valutazione della *vittima di reato*, segnatamente nei casi di: - a. "*violenza sessuale*" (art. 609 bis c.p., vedi capitolo a riguardo), in riferimento alla dinamica della quale può essere richiesto allo specialista se la stessa sia stata posta in essere dal soggetto attivo approfittando delle condizioni *d'inferiorità psichica* (determinata, ad esempio, da immaturità od insufficienza mentale) della vittima, ovvero sia di accertare le condizioni di mente di quest'ultima al momento dei fatti; - b. "*atti sessuali con minorenni*" (art. 609 quater c.p., vedi capitolo a riguardo) e "*corruzione di minorenne*" (art. 609 quinquies c.p., vedi capitolo a riguardo), fattispecie rispetto alle quali lo psichiatra forense può essere chiamato a valutare la sussistenza o meno nel minore di *sintomi psichici* correlabili all'esposizione dello stesso allo stimolo traumatico rappresentato dai fatti-reato testé menzionati¹⁸². Analogo accertamento può essere richiesto, ovviamente, in casi di sospetto *abuso sessuale infantile* (vedi capitolo a riguardo);

¹⁸¹ art. 71 c.p.p. (*Sospensione del procedimento per incapacità dell'imputato*): "Se, a seguito degli accertamenti previsti dall'art. 70, risulta che lo stato mentale dell'imputato è tale da impedirne la cosciente partecipazione al procedimento, il giudice dispone con ordinanza che questo sia sospeso, sempre che non debba essere pronunciata sentenza di proscioglimento o di non luogo a procedere /.../".

¹⁸² N.B. È questo uno tra i compiti più delicati e complessi dello psichiatra forense, date le implicazioni oggettivamente problematiche sia dottrinali sia pratiche che sono riscontrabili nella maggior parte dei casi. - Da un lato, infatti, non è possibile individuare a priori sintomi correlabili indubitabilmente ed esclusivamente ad un abuso subito da altri derivabili da stress altri (es. una separazione in corso tra i genitori del minore). Dall'altro, in casi nei quali siano assenti altri indicatori più o meno certi d'abuso (es. specifiche lesioni violenza-correlate), è evidente il rilievo che può assumere per l'andamento del procedimento la valutazione psichiatrico-forense della supposta vittima. - Ne deriva che l'accertamento, che non potrà essere sostenuto da convincimenti o schemi aprioristicamente precostituiti, dovrà procedere caso per caso non soltanto alla luce di una brutta valutazione dello stato psichico del soggetto, ma altresì tenendo conto della necessità di contestualizzare le informazioni così ottenute nel più ampio contesto della dimensione esistenziale del minore qual'era all'epoca dei fatti e quale appare nel momento della valutazione. - La risposta al quesito avrà pertanto da essere espressa con la ponderazione e la cautela necessarie in ordine all'espressione di un giudizio finale circa un'indagine condotta tenendo conto di tante e tali variabili.

- c. *maltrattamenti ai danni di minore* (artt. 571 e 572 c.p., vedi capitolo a riguardo) in ordine all'individuazione, nella vittima, di conseguenze negative derivate alla psiche della medesima dalla messa in atto di condotte incongrue od inadeguate da parte di chi esercitava su di essa la propria autorità; - d. "*circonvenzione di persone incapaci*" (art. 643 c.p., vedi capitolo a riguardo), fattispecie in relazione alla quale compito dello psichiatra forense potrebbe essere quello non soltanto di valutare se la vittima versasse al momento dei fatti in stato d'infermità o deficienza psichica tale da renderla circonvenibile, ma altresì di giudicare se la sussistenza di tale stato fosse tanto evidente da rendere il soggetto riconoscibile da chiunque quale persona incapace.

3.8.3. Può infine essere disposto l'intervento dello psichiatra forense in merito all'esame del *testimone*: - a. in ausilio al Giudice, qualora questi lo ritenga opportuno, nel caso debba essere esaminato un testimone *minorenne*¹⁸³; - b. al fine di valutare il possesso, da parte del soggetto, dell'*idoneità mentale a rendere testimonianza*¹⁸⁴.

¹⁸³ art. 498 c.p. (*Esame diretto e controesame dei testimoni*), comma 4: "L'esame testimoniale del minorenne è condotto dal presidente su domande e contestazioni proposte dalle parti. Nell'esame il presidente può avvalersi dell'ausilio di un familiare del minore o di un esperto in psicologia infantile /.../".

¹⁸⁴ art. 196 c.p. (*Capacità di testimoniare*): "Ogni persona ha la capacità di testimoniare. Qualora, al fine di valutare le dichiarazioni del testimone, sia necessario verificarne l'idoneità fisica o mentale a rendere testimonianza, il giudice anche di ufficio può ordinare gli accertamenti opportuni con i mezzi consentiti dalla legge /.../". - N.B. Dall'articolo si evince che la capacità di testimoniare è normalmente data per presunta, dandosi pertanto necessità di valutarne l'eventuale inconsistenza soltanto nei casi in cui, per qual si voglia motivo (immaturità, deficienza o patologia psichica), vi sia il sospetto che essa sia venuta meno. - Il compito dello psichiatra forense è quello di valutare secondo le proprie conoscenze cliniche la mera idoneità mentale a prestare testimonianza, ovvero di accertare la disponibilità al soggetto delle facoltà (mnesiche, cognitive) necessarie e sufficienti a permettergli rievocare efficacemente gli eventi in oggetto. È invece ambito proprio d'indagine del magistrato, ogni giudizio circa l'attendibilità e la credibilità dei contenuti presentati dal testimone. Se, infatti, lo psichiatra forense possiede gli strumenti clinici per accertare la sussistenza o meno nella persona di specifiche facoltà mentali, egli non dispone per contro di competenze che gli permettano di valutare con certezza l'utilizzo verace o menzognero che di tali abilità viene fatto. - L'adesione a tali ultimi principi, che appare intuitiva ed immediata nella valutazione del teste adulto, va più sovente richiamata coscientemente alla mente nel caso di accertamenti eseguiti sul minore (cui inerisce peraltro la maggioranza delle richieste di consulenza), nell'esame del quale non di rado all'esercizio legittimo delle capacità tecnico-cliniche indebitamente si embrica, più o meno inconsciamente, l'espressione di un parere sull'attendibilità delle dichiarazioni rese.

3.9. La criminologia (cenni)

Strettamente connesso alla questione penale, è il campo di studio della *criminologia* che, come la psicopatologia forense, costituisce una branca specialistica della medicina legale.

La criminologia¹⁸⁵, evoluzione moderna dell'antropologia criminale nata con Cesare Lombroso¹⁸⁶ e, in allora, incentrata sullo studio del delinquente da un punto di vista esclusivamente bioantropologico, è una scienza multidisciplinare¹⁸⁷ e interdisciplinare¹⁸⁸, sia di ricerca sia applicata, che ha quale oggetto di indagine il comportamento antisociale, al fine di conoscerne le cause e predisporre adeguati programmi di prevenzione (tramite attività individuali o di gruppo finalizzati ad impedire il verificarsi di atti criminosi) e trattamento (attraverso programmi di interventi rieducativi e di reinserimento sociale del delinquente finalizzati ad evitare una ricaduta nel delitto).

L'ampio campo di indagine della criminologia, che estensivamente si occupa del fenomeno della devianza¹⁸⁹, anche nelle sue manifestazioni non delittuose, si incentra in particolare sullo studio dei *fatti criminosi* (aspetti fenomenologici, variazioni nel tempo e nei luoghi, condizioni sociali ed economiche che ne possono favorire la diffusione e modificazione), dell'*autore di reato* (caratteristiche psicologiche o psicopatologiche, fattori ambientali e situazionali che, di volta in volta, possono aver influito sul suo agire), dei diversi tipi di *reazione sociale*¹⁹⁰ connessi al reato, delle *vittime*

¹⁸⁵ N.B. La criminologia non va confusa con la *criminalistica*, insieme di molteplici discipline, che, con tecniche specifiche proprie (balistica, studio delle tracce, dattiloscopia, ecc.), si occupa dell'investigazione criminale.

¹⁸⁶ N.B. *Cesare Lombroso* (1835-1909) ebbe ad incentrare il suo studio sulle caratteristiche somatiche e costituzionali del soggetto resosi responsabile di un reato, convinto del fatto che un "delinquente" fosse significativamente differente rispetto ad un individuo "non delinquente". Giunse così ad elaborare la "teoria del delinquente nato", secondo cui questi sarebbe connotato da specifiche anomalie somatiche e costituzionali (le cosiddette stigmate: fronte bassa, mascelle enormi, asimmetrie facciali, zigomi sporgenti, ecc.), tali da portarlo inevitabilmente al reato.

¹⁸⁷ N.B. La criminologia è scienza *multidisciplinare*, in quanto per il suo autonomo sviluppo, attinge a molteplici competenze derivanti da altre discipline (sociologia, antropologia, statistica, psicologia, psichiatria, medicina, medicina legale, pedagogia, psicologia sociale, filosofia) per integrarne, in una visione sintetica dati conoscenze, approcci e metodi.

¹⁸⁸ N.B. La criminologia è scienza *interdisciplinare*, in quanto necessita del dialogo continuo con altre discipline (diritto, psicologia, psichiatria, sociologia, pedagogia, medicina legale) per affrontare temi di politica penale (lotta alla criminalità in genere, sanzioni rieducative per minori, misure nei confronti di criminali sofferenti di disturbi mentali, ecc.).

¹⁸⁹ Def. Solitamente si considerano *devianti*, quei comportamenti che provocano reazioni di disapprovazione e censura con richiesta di sanzioni.

¹⁹⁰ N.B. In ogni società, al fine di assicurare la coesione fra i suoi membri e la stabilità sociale, vigono regole di comportamento, codificate e non, e *sistemi di controllo, formali*

(personalità, caratteristiche psico-fisiche, ambientali, relazione reo-vittima, conseguenze del reato, ecc.).

La *criminologia clinica*, applicata in ambito giudiziario e penitenziario ed esercitata da professionisti in possesso delle conoscenze teoriche della criminologia generale¹⁹¹, utilizza il sapere criminologico sia per porre una diagnosi della personalità, sia per effettuare lo studio della criminogenesi e criminodinamica, sia per predisporre un trattamento risocializzante individualizzato del reo.

(leggi, codici, forze di polizia, sanzioni detentive o pecuniarie, misure di sicurezza, ecc.) ed *informali* (famiglia, scuola, chiesa, comunità abitative, i gruppi, ecc.). Una reazione sociale può essere la derisione, la censura, l'isolamento, l'emarginazione, la stigmatizzazione, la richiesta di sanzione, ecc.

¹⁹¹ N.B. Diversi sono stati, nel corso del tempo, gli approcci volti a cercare l'origine e le cause di un comportamento deviante o criminale. Così gli studi si sono incentrati o sulla psiche o sul patrimonio genetico o sull'ambiente sociale, portando alla formulazione di numerose teorie psicologiche, biologiche o sociologiche (per approfondimenti si rimanda alla letteratura specialistica), ognuna delle quali finalizzate a contribuire ad una maggiore comprensione circa il divenire delinquenziale.

Parte seconda

L'esercizio della professione sanitaria

1. Le professioni sanitarie

1. Introduzione

Il Testo Unico delle leggi sanitarie (R.D. 27 luglio 1934, n°1265, art. 99), distingueva le professioni sanitarie in principali, ausiliarie e in arti ausiliarie delle professioni sanitarie.

In base a tale normativa esercitavano quindi le *professioni sanitarie principali* (con il titolo di laurea specialistica) i medici chirurghi, gli odontoiatri, i veterinari, i farmacisti, i biologi e gli psicologi; le *professioni sanitarie ausiliarie* (con il titolo di diploma) venivano svolte dagli ostetrici, assistenti sanitari, infermieri professionali, vigilatrici d'infanzia, terapisti della rianimazione, tecnici di laboratorio, dietisti, ecc., mentre le *arti ausiliarie delle professioni sanitarie* (titolo di licenza), pur esse soggette a vigilanza, erano praticate dagli odontotecnici, ottici, meccanici ortopedici ed ernisti, puericultrici e ausiliario specializzato, operatore deputato agli aspetti igienici dell'ambiente e del reparto ove espletava la sua attività¹.

2. La legge 26 febbraio 1999, n°42

La legge 26 febbraio 1999, n°42, "*Disposizioni in materia di professioni sanitarie*", ha sostanzialmente riformato l'esercizio professionale delle singole categorie professionali uniformandone i criteri, abolendo la parola "ausiliaria" e parlandosi oggi di "*professioni sanitarie*", mediche e non mediche, il cui titolo viene acquisito con lauree universitarie specialistiche (oggi magistrali) e non specialistiche, attivate all'interno delle facoltà di

¹ N.B. L'operatore tecnico addetto all'assistenza (OTA) svolge le attività prima assegnate ai cosiddetti "ausiliari" (portantini, barellieri, attività di pulizia o di riordino dell'ambiente, ecc.), opera in subordinazione all'infermiere, sebbene abbia proprie responsabilità per quanto riguarda le mansioni di carattere prevalentemente "alberghiera".

medicina e chirurgia. Tale modifica sancisce il definitivo riconoscimento di una modalità di approccio assistenziale non più gerarchica, ma basata sul positivo approccio delle diverse professionalità nella realizzazione di un fine comune, quello cioè della salute del paziente.

Il primo articolo della suddetta legge stabilisce i seguenti tre criteri guida per il professionista sanitario *non medico*²: le competenze contenute nei profili professionali (fissate con decreti ministeriali), la formazione ricevuta (desumibile dagli ordinamenti didattici dei corsi di laurea, già approvati ai sensi del D.M. 24 luglio 1996) e i rispettivi codici deontologici³. I criteri limite delle diverse professionalità sono dati dalle rispettive competenze previste per la professione medica (vedi capitolo Trattamenti sanitari: atto medico) e per le altre professioni sanitarie.

3. La legge 10 agosto 2000, n°251 e D.M. Sanità 29 marzo 2001

Ulteriori specificazioni riguardo alle professioni sanitarie sono contenute nella legge 10 agosto 2000, n°251, "*Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*" (vedi allegati), che riconosce la loro autonomia di azione, nel rispetto dei rispettivi profili professionali già in precedenza individuati in diversi decreti ministeriali

Così le diverse figure professionali trovano collocazione all'interno di una delle seguenti categorie: - 1. *Professioni sanitarie infermieristiche e*

² Legge 26 febbraio 1999, n°42, "*Disposizioni in materia di professioni sanitarie*", art. 1 (*Definizione delle professioni sanitarie*): "1. La denominazione "professione sanitaria ausiliaria" nel testo unico delle leggi sanitarie /.../ è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria". - 2. /.../ Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'art. 6, com. 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n°502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali."

³ N.B. Nel testo si farà riferimento ad articoli contenuti in alcuni codici di deontologia riguardanti l'argomento di volta in volta trattato. Nell'allegato on line sono consultabili il codice di deontologia del medico chirurgo (*CdMC*), dell'infermiere (*CdInf*), dell'ostetrica (*CdOst*), del tecnico sanitario di radiologia medica (*CdTSRM*), del tecnico sanitario di laboratorio biomedico (*CdTSLB*), dell'igienista dentale (*CdI.D.*), dell'educatore professionale (*CdE.P.*) e del fisioterapista (*CdFT*).

professione sanitaria ostetrica - 2. Professioni sanitarie riabilitative - 3. Professioni tecnico-sanitarie - 4. Professioni tecniche della prevenzione.

In base al successivo D.M. Sanità del 29 marzo 2001 rientrano nelle:

1. Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica:

a. l'*infermiere*, "responsabile dell'assistenza generale infermieristica" (D.M. 14 settembre 1994, n°739 in allegati)

b. l'*ostetrico/a*, che "assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocidi con propria responsabilità e presta assistenza al neonato" (D.M. 14 settembre 1994, n°740 in allegati); e

c. l'*infermiere pediatrico*, "responsabile dell'assistenza infermieristica pediatrica" (D.M. 17 gennaio 1997, n°70 in allegati);

2. Professioni sanitarie riabilitative:

a. il *podologo*, che "tratta direttamente, dopo esame obiettivo del piede, con metodi incruenti ortesici ed idromassoterapici, le callosità, le unghie ipertrofiche, deformi e incarnite, nonché il piede dolorante" (D.M. 14 settembre 1994, n°666 in allegati);

b. il *fisioterapista*, che svolge "in via autonoma, o in collaborazione con altre figure sanitarie, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori, e di quelli viscerali conseguenti a eventi patologici, a varia eziologia, congenita o acquisita" (D.M. 14 settembre 1994, n°741 in allegati);

c. il *logopedista*, che "svolge la propria attività nella prevenzione e nel trattamento riabilitativo delle patologie del linguaggio e della comunicazione in età evolutiva, adulta e geriatrica" (D.M. 14 settembre 1994, n°742 in allegati);

d. l'*ortottista-assistente di oftalmologia*, che "su prescrizione del medico, tratta i disturbi motori sensoriali della visione ed effettua le tecniche di semeiotica strumentale-oftalmologica" (D.M. 14 settembre 1994, n°743 in allegati);

e. il *terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva*, che "svolge, in collaborazione con l'équipe multiprofessionale di neuropsichiatria infantile e in collaborazione con altre discipline dell'area pediatrica, gli interventi di prevenzione, terapia e riabilitazione delle malattie neuropsichiatriche infantili, nelle aree della neuropsicomotricità, della neuropsicologia e della psicopatologia dello sviluppo" (D.M. 17 gennaio 1997, n°56 in allegati);

f. il *tecnico dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, che "svolge, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da una équipe multidisciplinare, interventi riabilitativi ed educativi sui sogget-

ti con disagio psicosociale e disabilità psichica” (D.M. 17 gennaio 1997, n°57 in allegati);

g. il *terapista occupazionale*, che “opera nell’ambito della prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da malattie e disordini fisici, psichici sia con disabilità temporanee che permanenti, utilizzando attività espressive, manuali-rappresentative, ludiche, della vita quotidiana” (D.M. 17 gennaio 1997, n°136 in allegati);

h. l’*educatore professionale*, che “attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell’ambito di un progetto terapeutico elaborato da un’équipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà” (D.M. 8 ottobre 1998, n°520 in allegati);

3. Professioni tecnico-sanitarie, suddivise in due diverse aree:

A. Area tecnico-diagnostica:

a. il *tecnico audiometrista*, che “svolge la propria attività nella prevenzione, valutazione e riabilitazione delle patologie del sistema uditivo e vestibolare, nel rispetto delle attribuzioni e delle competenze diagnostico-terapeutiche del medico” (D.M. 14 settembre 1994, n°667 in allegati);

b. il *tecnico sanitario di laboratorio biomedico*, che “svolge attività di laboratorio di analisi e di ricerca relative ad analisi biomediche e biotecnologiche, ed in particolare di chimica, di microbiologia e virologia, di farmaco-tossicologia, di immunologia, di patologia clinica, di ematologia, di citologia e di istopatologia” (D.M. 14 settembre 1994, n°745 in allegati);

c. il *tecnico sanitario di radiologia medica*, che svolge “in via autonoma, o in collaborazione con altre figure sanitarie, su prescrizione medica tutti gli interventi che richiedono l’uso di sorgenti di radiazioni ionizzanti, sia artificiali che naturali, di energie termiche, ultrasoniche, di risonanza magnetica nucleare nonché gli interventi per la protezione fisica o dosimetrica” (D.M. 14 settembre 1994, n°746 in allegati);

d. il *tecnico di neurofisiopatologia*, che “svolge la propria attività nell’ambito della diagnosi delle patologie del sistema nervoso, applicando direttamente, su prescrizione medica, le metodiche diagnostiche specifiche in campo neurologico e neurochirurgico (elettroencefalogramma, elettro-neuromiografia, poligrafia, potenziali evocati, ultrasuoni)” (D.M. 15 marzo 1995, n°183 in allegati);

- B. Area tecnico-assistenziale:

a. il *tecnico ortopedico*, che “su prescrizione medica e successivo collaudo, opera la costruzione e/o adattamento, applicazione e fornitura di protesi, ortesi e di ausili sostitutivi, correttivi e di sostegno dell’apparato

locomotore, di natura funzionale ed estetica, di tipo meccanico o che utilizzano l'energia esterna o energia mista corporea ed esterna, mediante rilevamento diretto sul paziente di misure e modelli" (D.M. 14 settembre 1994, n°665 in allegati);

b. il *tecnico audio-protésista*, che "svolge la propria attività nella fornitura, adattamento e controllo dei presidi protesici per la prevenzione e correzione dei deficit uditivi" (D.M. 14 settembre 1994, n°668 in allegati);

c. il *dietista*, "competente per tutte le attività finalizzate alla corretta applicazione dell'alimentazione e della nutrizione ivi compresi gli aspetti educativi e di collaborazione all'attuazione delle politiche alimentari, nel rispetto della normativa vigente" (D.M. 14 settembre 1994, n°744 in allegati);

d. il *tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e della perfusione cardiovascolare*, che "provvede alla conduzione e alla manutenzione delle apparecchiature relative alle tecniche di circolazione extracorporea ed alle tecniche di emodinamica" (D.M. 27 luglio 1998, n°316 in allegati);

e. l'*igienista dentale*, che "svolge compiti relativi alla prevenzione delle affezioni orodentali su indicazione degli odontoiatri e dei medici chirurghi legittimati all'esercizio della odontoiatria" (D.M. 15 marzo 1999, n°137 in allegati);

4. Professioni tecniche della prevenzione:

a. il *tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro*, che "è responsabile, nell'ambito delle proprie competenze, di tutte le attività di prevenzione, verifica e controllo in materia di igiene e sicurezza ambientale nei luoghi di vita e di lavoro, di igiene degli alimenti e delle bevande, di igiene di sanità pubblica e veterinaria" (D.M. 17 gennaio 1997, n°58 in allegati);

b. l'*assistente sanitario*, che "è addetto alla prevenzione, alla promozione ed alla educazione per la salute" (D.M. 17 gennaio 1997, n°69 in allegati).

4. Requisiti, controllo e inquadramento giuridico delle professioni sanitarie

Tutte le professioni sanitarie sono soggette a vigilanza da parte dello Stato, che ne verifica sia le condizioni iniziali necessarie per il suo svolgimento (maggiore età, accertamento del titolo di abilitazione, registrazione del diploma di abilitazione presso l'ufficio comunale, iscrizione all'albo professionale), sia le modalità dell'attività lavorativa stessa.

Esercitare una professione sanitaria significa avere una preparazione culturale, scientifica e tecnica continuamente aggiornata e integrata con le nuo-

ve conoscenze, al fine di garantire la migliore prestazione possibile, dovere questo peraltro espressamente previsto dai diversi codici deontologici⁴.

Ogni operatore sanitario svolge un'attività di interesse pubblico, in quanto indirizzata alla tutela della salute individuale e collettiva, professione che può attuare sia quale dipendente pubblico (dell'ASL, degli enti previdenziali, ecc.), sia come professionista convenzionato con un Ente pubblico, sia privato.

In base al *codice civile* (art. 2229 c.c.⁵), le professioni sanitarie rientrano tra le professioni intellettuali, per l'esercizio delle quali è necessaria l'iscrizione in appositi albi. Chiunque la eserciti senza il titolo di laurea, l'esame di abilitazione o l'iscrizione al proprio albo si rende responsabile di abusivo esercizio di una professione (art. 348 c.p.⁶), comportamento questo peraltro anche previsto e censurato dai codici deontologici⁷.

Secondo il *codice penale*, gli operatori sanitari dipendenti o convenzionati con un ente pubblico possono rientrare nella categoria dei *pubblici ufficiali* (art. 357 c.p.⁸), o degli *incaricati di un pubblico servizio* (art. 358 c.p.⁹), mentre chi svolge attività libero-professionale può ricoprire la funzione di *esercente un servizio di pubblica necessità* (art. 359 c.p.¹⁰).

⁴ *Aggiornamento continuo*: CdMC art. 19 - CdInf art. 11 - CdOst artt. 2.1 e 2.2 - CdTSRM art. 2.12 - CdTSLB artt. 2, 20 e 21 - CdI.D artt. 12 e 44 - CdE.P Resp. nei confronti della professione, punto 1 - CdFT art. 19

⁵ art. 2229 c.c. (*Esercizio delle professioni intellettuali*): "La legge determina le professioni intellettuali per l'esercizio delle quali è necessario l'iscrizione in appositi albi o elenchi. L'accertamento dei requisiti per l'iscrizione negli albi o negli elenchi, la tenuta dei medesimi e il potere disciplinare sugli iscritti sono demandati alle associazioni professionali, sotto la vigilanza dello Stato, salvo che la legge disponga diversamente."

⁶ art. 348 c.p. (*Abusivo esercizio di una professione*): "Chiunque abusivamente esercita una professione, per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato (art. 2229 c.c.), è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa da € 103 a € 516. Procedibilità d'ufficio".

⁷ *Esercizio abusivo della professione*: CdMC art. 67 - CdInf art. 43 - CdOst art. 4.5 - CdTSRM art. 6.3 - CdTSLB art. 6 - CdI.D art. 45 - CdE.P Resp. nei confronti della professione, punto 6 - CdFT art. 32

⁸ art. 357 c.p. (*Nozione del pubblico ufficiale*): "Sono pubblici ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giurisdizionale o amministrativa. 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 e dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi e certificativi."

⁹ art. 358 c.p. (*Nozione della persona incaricata di un pubblico servizio*): "Sono incaricati di un pubblico servizio coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio. Per pubblico servizio deve intendersi un'attività disciplinata 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 ordini e della prestazione di opera meramente materiale."

¹⁰ art. 359 c.p. (*Persone esercenti un servizio di pubblica necessità*): "I privati che esercitano professioni forensi o sanitarie, o altre professioni il cui servizio sia per legge vietato

Va precisato che il professionista non riveste le suddette qualifiche per stato giuridico o per rapporto di impiego, bensì lo diventa unicamente di fronte alla legge penale nel momento in cui si rende responsabile di un reato che richieda il possesso di una tale qualifica o quando un qualsiasi individuo compia un reato in danno di chi sa esercitare una delle tre dette funzioni.

Ad una “*pubblica funzione*” sono collegati i poteri e la volontà dello Stato o di un altro Ente pubblico, riguardanti la sfera legislativa (emanazione delle leggi), giudiziaria (amministrazione della giustizia) o amministrativa¹¹.

Il “*pubblico servizio*” consiste in una attività tecnica, a prevalente carattere di impresa, che lo Stato o altro Ente pubblico svolge direttamente o per mezzo di persone incaricate, al fine di soddisfare i bisogni utili alla collettività e agevolare i cittadini nel conseguimento dei loro scopi. Tale è, tra gli altri, anche il Servizio Sanitario Nazionale, di cui lo Stato ha la tutela, e di cui il cittadino può valersi per ottenere prestazioni particolarmente utili ai bisogni sia propri sia della società¹².

Costituisce un “*servizio di pubblica necessità*” quello che viene autorizzato dallo Stato e posto al servizio di inderogabili esigenze della collettività. Si tratta di attività socialmente utili che però non si riferiscono direttamente o indirettamente allo Stato o ad altro Ente pubblico, ma che vengono espletate da privati professionisti, abilitati ad esercitare la libera professione e alla cui opera il pubblico ricorre in caso di bisogno¹³.

senza una speciale abilitazione dello Stato, quando dell'opera di essi il pubblico sia per legge obbligato a valersi; i privati che, non esercitando una pubblica funzione, né prestando un pubblico servizio, adempiono un servizio dichiarato di pubblica necessità mediante un atto della pubblica Amministrazione”.

¹¹ Es. ricoprono la qualifica di *pubblico ufficiale*: - consulenti tecnici o periti d'ufficio; - direttori sanitari di un ospedale o di un istituto universitario, medici o odontoiatri ospedalieri in genere o gli universitari di ruolo, nell'esercizio delle loro funzioni; - medici preposti dalla pubblica amministrazione a controllare l'effettiva sussistenza di una malattia del dipendente e quindi la legittimità dell'assenza dal servizio; - qualsiasi altro medico o odontoiatra che presti la propria attività come dipendente, sebbene non di ruolo, della struttura pubblica; medico INPS o INAIL nello svolgimento dei compiti di Istituto; anche il medico specialista ambulatoriale dell'ASL nell'espletamento della sua attività di diagnosi e di prescrizione di prestazioni farmaceutiche ed ospedaliere; medici della Polizia dello Stato, medici militari, medici dell'amministrazione penitenziaria, medici necroscopi.

¹² Es. I medici ospedalieri sono incaricati di un *pubblico servizio*, esercitando una attività pubblica alle dipendenze di un Ente pubblico. Appartengono alla stessa categoria i medici di medicina generale, le professioni sanitarie che prestano la propria attività lavorativa presso le strutture del SSN (sia presso gli ospedali sia presso i servizi territoriali).

¹³ Es. Rientrano negli *esercanti un servizio di pubblica necessità* sia i medici liberi professionisti, sia altri operatori sanitari libero-professionisti.

2. Deontologia

1. Introduzione

La parola *medicina* può assumere diversi significati: medicamento, ovvero farmaco, scienza che studia le malattie, oppure, in modo più estensivo, riferirsi all'esercizio della professione sanitaria.

Da tempo la medicina riveste anche una funzione sociale essendo rivolta alla tutela del diritto alla salute individuale e collettiva, come emerge sia dalla definizione di salute, *"uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste solamente in un'assenza di malattia o di infermità /.../ il possesso del miglior stato di salute che si è capaci di ottenere costituisce un diritto fondamentale di ogni essere umano"*, formulata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, sia dall'articolo 32 della Costituzione della Repubblica¹.

I fini della medicina, come scienza e professione, sono quindi la difesa della salute, dell'integrità psico-fisica e del benessere sociale del singolo, e ciò anche nell'interesse della collettività, attraverso prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, da attuarsi sempre nel rispetto della dignità e libertà della persona assistita², interventi che, ovviamente, richiedono l'attività e la collaborazione non solo di numerose professionalità sanitarie, ma anche di diversi enti assistenziali.

Mentre il malato, come ogni persona, in fatto di salute agisce e si comporta seguendo i propri sentimenti e le proprie convenienze, l'operatore sanitario deve invece giustificare razionalmente le proprie scelte e decisioni

¹ art. 32 Cost.: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. /.../".

² *Dignità e libertà*: CdMC art. 3 - CdInf art. 3 - CdTSRM art. 2.3 - CdTSLB art. 10 - Cdl.D artt. 1 e 2 - CdE.P introduzione, art. 3.

in ogni singolo caso, in conformità ai principi generali di retta condotta professionale, tenendo conto della natura clinica del fatto di specie, delle circostanze ambientali in cui avviene l'intervento e dei mezzi predisposti per raggiungere l'auspicato risultato.

Così ogni paziente va affrontato in modo individuale e personalizzato, tenendo conto del suo modo di reagire alla malattia. Il professionista non deve, quindi, essere solamente un tecnico, ma impegnarsi integralmente al fine di instaurare con la persona che gli chiede aiuto una relazione di vicendevole collaborazione e in ciò adeguandosi alla di lui personalità, dimostrando comprensione, umanità, prudenza, tatto, ecc., tenendo conto delle di lui reazioni, del suo carattere, del suo ambiente sociale e familiare, delle sue cultura e levatura mentale. Infatti, l'assistito è anzitutto una persona sofferente, condizione questa con inevitabili ripercussioni sul modo abituale di vivere, non essendo una malattia unicamente fonte di sintomi specifici, ma anche di incertezza, paura ed angoscia, con evidenti risvolti sulla vita socio-relazionale e lavorativa.

L'operatore sanitario deve così tener conto del timore, dell'eventuale senso di soggezione, d'impotenza, d'imbarazzo o vergogna che il paziente può provare nel dovere, ad esempio, raccontare le proprie sofferenze o mettere a disposizione il proprio corpo, da cui un approccio rispettoso, cauto e di sostegno che possa metterlo, per quanto possibile, a proprio agio.

L'assistito può inoltre avere diversi tipi di comportamento di fronte al personale sanitario a seconda della sua personalità: può scrupolosamente attenersi alle indicazioni dategli, o rifiutare ogni aiuto, protestare, lamentarsi, essere aggressivo o intollerante, mettendo così a dura prova la cortesia e pazienza del professionista, che non deve comunque mai venire meno al suo ruolo e alle regole di un corretto comportamento.

Se la medicina trova, quindi *in primis*, la sua ragione d'essere nel malato e nella relazione che si instaura fra questi e l'operatore sanitario, è evidente l'importanza del ruolo svolto dal loro reciproco rapporto, fatto di un costante interscambio tra valori personali che possono anche essere diversi ma che dovrebbero integrarsi. Solo così si può combattere una "battaglia" comune, lavorando insieme in un'alleanza terapeutica essenziale affinché un intervento sanitario possa sortire i migliori risultati possibili.

Tra professionista sanitario e paziente si creano impegni reciproci, che da un lato obbligano il primo a prestare assistenza con diligenza e competenza per raggiungere il maggior beneficio, dall'altro richiedono al secondo una collaborazione basata su fiducia³ ed adesione alle proposte terapeutiche.

³ N.B. Nel caso in cui la fiducia del paziente nell'operato del sanitario venga meno, quest'ultimo può, dandone tempestivo avviso, rinunciare alla prosecuzione del trattamento,

Le norme per un corretto comportamento da adottare nei rapporti non solo con il paziente, ma anche con i di lui familiari, i colleghi, le diverse figure professionali e gli enti, sono contenute nei diversi codici deontologici approntati dalle varie categorie di professioni sanitarie.

La *deontologia* (da *déon*: ciò che è necessario, doveroso e conveniente, e *lògos*: scienza, discorso) è la *scienza di ciò che si ha il dovere di fare per raggiungere un dato scopo lecito*, è lo studio di particolari doveri inerenti ad una determinata categoria sociale o professionale, volto a disciplinare i comportamenti da doversi osservare nell'esercizio di una professione o di un'altra associazione di persone.

2. Cenni storici

Fondamento per ogni agire medico, e in generale sanitario, può essere considerato il pensiero ippocratico, risalente circa al 450 avanti Cristo, pensiero che poneva in relazione l'etica, il bene e le virtù dell'agire con la professione medica. Con il tempo, si sviluppava una sorta di galateo professionale, tramandato per iscritto o per consuetudine, che definiva le doti del buon medico, e quindi anche di colui che, in generale, si occupa di una persona sofferente: onestà, moralità, amore per il malato e per la propria arte, serenità di giudizio, consapevolezza della fallacia delle cure, diligenza nell'operare, senza trascurare il mantenimento del decoro della propria persona e della professione.

La disciplina e la sorveglianza dell'attività e del comportamento professionale del medico venivano assunte dalle Corporazioni medioevali che, nei secoli successivi, si trasformavano nei collegi medici cittadini fino a giungere agli attuali Ordini professionali.

Nel XIII secolo vigeva già l'obbligo del segreto professionale, era vietata la somministrazione di mezzi abortivi, era proibita l'eutanasia, i poveri dovevano essere curati gratuitamente, i malati più gravi dovevano essere aiutati nel poter provvedere ai doveri religiosi, veniva consigliata la consultazione di un medico più esperto per la soluzione dei casi di maggiore difficoltà. Al medico veniva richiesto di condurre una vita onesta e dignitosa, di non trarre illeciti profitti dalla vendita di medicinali in comparaggio⁴ con

prestando comunque la propria assistenza sino alla sostituzione con altro collega. *Fiducia dell'assistito*: CdMC art. 28 - CdFt artt. 24 e 25.

⁴ N.B. Il *comparaggio* costituisce una forma di accordo, ad es., con industrie produttrici di farmaceutici, ecc., al fine di lucrare una percentuale sugli utili o di conseguire altri vantaggi, vantaggi concordati che devono comunque essere di valore rilevante. Può essere con-

lo “speciale” o di prolungare inutilmente le cure del malato per ottenerne maggiori guadagni, principi questi ancora oggi attuali e vevoli.

Nel Seicento, le pubblicazioni di trattati incentrati sulla deontologia aumentavano e contenevano sempre più disposizioni: la preparazione professionale, la diligenza nell'operare, gli errori di diagnosi e di terapia, l'eutanasia, le prognosi infauste, le manchevolezze verso il malato, la scorrettezza nei confronti dei colleghi, l'esosità dei compensi, i doveri di carattere legale e sociale e le norme religiose inerenti alla professione.

Nell'Ottocento si attuavano grandi innovazioni: l'esercizio della medicina assumeva una funzione sempre più importante in seno alla società e lo Stato iniziava ad istituire una forma di vigilanza sull'operato del medico, che, a sua volta, si adeguava alla sua funzione civile, togliendosi la toga e la parrucca per indossare abiti civili oppure un camice bianco, vivendo in seno al popolo ed assumendo sempre maggiore importanza nella tutela della salute sia individuale sia collettiva. Un particolare accento veniva messo sul medico di famiglia, visto e descritto come amico e consigliere. Il segreto professionale diventava uno dei doveri principali e si ponevano le basi giuridiche della responsabilità professionale. L'etica e la deontologia diventavano parte integrante dell'insegnamento professionale, specialmente della medicina legale. Si passava quindi da "*galatei medici*" a una vera e propria "*giurisprudenza medica*", che attraverso leggi penali, civili e amministrative, regolamenti, ordini e discipline varie, regolava l'esercizio della medicina: il medico assumeva quindi doveri e compiti ben precisi da rispettare in forza a specifiche leggi.

Nel Novecento, i risvolti sociali della professione venivano ulteriormente accentuati, chiamando il medico alla cooperazione di civismo in termini di doverosa colleganza sociale.

Le norme deontologiche generali, a contenuto prevalentemente etico-sociale, provengono quindi direttamente dalla tradizione e dalla esperienza secolare della professione medica, norme, nei tempi, modificate e adeguatesi alle diverse epoche e ai progressi scientifici raggiunti.

3. I codici deontologici e il potere disciplinare degli Ordini professionali

È utile fare una distinzione fra comportamento etico e deontologico. Così l'*etica* (ethòs: costume, norma di vita), può essere definita come insieme

siderato comparaggio anche la mera opera di persuasione o reclamizzazione di farmaci o apparecchi sanitari, comunque compensata dai produttori. – *Comparaggio*: CdMC art. 31.

di principi, regole e norme di condotta generali che ispirano l'agire di ogni soggetto nel consorzio umano⁵; agire eticamente significa sentirsi obbligati a tenere un determinato comportamento perché ritenuto buono e giusto dalle consuetudini, mentre le regole della *deontologia* obbligano ad adottare un dato comportamento professionale in forza di leggi o di regolamenti scritti.

La maggior parte dell'etica medica si immedesima con l'etica clinica, posto che la prevalente attività del sanitario è indirizzata alla diagnosi e alla cura delle malattie. È in tale attività che sorge la necessità di operare scelte ed indirizzi che siano al contempo i più efficaci per combattere il male e i più rispettosi della moralità dell'atto sanitario, valutato sul metro di quelle valenze (il buono, il giusto, il dovuto, il vantaggioso, l'urgente, ecc.) che caratterizzano la grande varietà della casistica clinica.

La deontologia, come già accennato, non si occupa tanto della professione sanitaria dal punto di vista tecnico e dell'applicazione in concreto delle regole dell'arte, disciplinando piuttosto il corretto comportamento da tenersi nella pratica professionale, mirando così anche a mantenere intatto il decoro, il prestigio e l'indipendenza della professione e della categoria stessa.

I principi deontologici si integrano oggi con norme professionali interne, legali e sindacali che disciplinano il comportamento degli operatori sanitari nei confronti degli assistiti, dei colleghi, degli enti assistenziali e previdenziali, delle associazioni di categoria, delle amministrazioni pubbliche, ecc. La materia in oggetto ha quindi evidenti riferimenti con la responsabilità professionale del sanitario nelle varie circostanze pratiche.

Sebbene la normativa deontologica presenti una valenza prevalentemente etico-sociale, non può essere considerata unicamente come un genuino galateo di cortesia e di buone maniere professionali, contenendo, infatti, precise regole comportamentali che trovano rispondenza nelle leggi penali, civili e amministrative dello Stato e che sanciscono obblighi o divieti, prevedendo, in caso di inadempienza, sanzioni di natura giuridica, a prescindere da quelle disciplinari adottate dagli Ordini professionali.

⁵ N.B. Strettamente collegata all'etica è la *bioetica* (da *èthos*: carattere, comportamento, costume, consuetudine, e "bios": vita), disciplina che coinvolge specialisti di diversi indirizzi di studio (filosofia, medicina, biologia, genetica, ecc.), si occupa di questioni morali collegate ai progressi della ricerca biologica e medica, allo scopo di difendere i valori dell'uomo. Essa affronta numerose tematiche fra cui, ad esempio, la manipolazione genetica, la sperimentazione sull'uomo, la fecondazione artificiale, i trapianti d'organo, l'eutanasia, tutte questioni in cui la tecnologia può generare conflitti di coscienza e di legalità (per approfondimenti si rimanda ai testi di bioetica).

Nell'attualità vi è quindi una sempre maggiore tendenza a svincolare il più possibile le regole comportamentali delle professioni sanitarie da quelle di costume, consuetudine e galateo per incanalarle nell'ambito di una disciplina direttamente connessa all'autorità dello Stato ed afferente all'ordinamento giuridico pubblico.

Così, ogni professione sanitaria deve approntare un proprio codice deontologico specifico per la categoria, codici che nel tempo possono subire variazioni in sintonia sia con i progressi della scienza sia con problemi di interesse sanitario di volta in volta emergenti.

Il codice deontologico dei medici e degli odontoiatri, il primo e più corposo dei codici approntati in ambito sanitario, ha infatti subito varie modifiche, essendo attualmente in vigore quello emanato il 16 dicembre 2006, formato da 75 articoli, oltre alla disposizione finale (per analisi approfondite si rimanda a testi citati in “presentazione”).

Seppure alcune categorie professionali sanitarie non mediche avessero da tempo a disposizione alcuni precetti deontologici, veri e propri codici sono stati per lo più approntati dopo il 1999, anno in cui tali operatori, fino ad allora, in base al Regio decreto 27 luglio 1934, n°1265, inquadrati nelle cosiddette “professioni sanitarie ausiliari”, venivano ricompresi fra le “professioni sanitarie”, qualifica che comporta lo svolgimento della professione in piena autonomia e responsabilità e nel rispetto del proprio codice deontologico⁶ (per approfondimenti vedi capitolo “le professioni sanitarie”).

I codici di deontologia⁷, termine spesso espressamente definito al loro interno⁸, non possono, come già accennato, essere considerati semplici dichiarazioni di principi che possono essere, o meno, seguiti dagli iscritti agli Ordini, Albi o Collegi, in quanto costituiscono uno specifico regolamento interno di autogoverno “extragiuridico” che va conosciuto e applicato dai membri facenti parte della categoria ed è compito degli Ordini professionali farlo rispettare, anche attraverso la previsione di precise sanzioni disciplinari⁹.

⁶ Legge 26 febbraio 1999, n°42, “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”, art. 1, com. 2: “/.../ il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie /.../ è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici /.../”.

⁷ Di seguito faremo riferimento solo ad alcuni codici deontologici i cui testi completi sono riportati in allegato on line e ai quali si rinvia per la lettura.

⁸ *Codice deontologico*: CdMC art. 1 - CdOst Introduzione - CdTSRM art. 1.2 - CdTSLB artt. 7 e 8 - CdI.D Premessa - CdE.P introduzione artt. 1 e 2 - CdFt art. 1.

⁹ N.B. I diversi codici deontologici fanno esplicito riferimento sia al dovere di conoscere le regole in essi contenute, sia a sanzioni disciplinari in caso della loro inosservanza. *San-*

3.1. Sanzioni disciplinari

Spetta agli Ordini professionali la tutela della libertà etica degli iscritti, mentre è compito del legislatore evitare i conflitti tra gli interessi dello Stato e la coscienza e l'operato del professionista sanitario.

Le sanzioni applicate dai diversi Ordini, Albi o Collegi, nei casi in cui gli iscritti, nell'esercizio della professione, si rendano colpevoli di abusi o manchevolezze, o comunque di fatti disdicevoli al decoro professionale, dipendono dalla gravità dell'addebito e in ordine crescente sono:

1. - *l'avvertimento*, una diffida orale a non ricadere nella manchevolezza commessa;
2. - la *censura*, una dichiarazione scritta di biasimo per la scorrettezza attuata;
3. - la *sospensione* dall'esercizio della professione per la durata da *1-6 mesi*, salvo i fatti di natura penale commessi dal professionista, per i quali la sospensione dura fino a quando abbia effetto il relativo provvedimento;
4. - la *radiazione* dall'albo, pronunciata quando la condotta dell'iscritto risulti imperdonabile e tale da aver gravemente compromesso sia la propria reputazione sia la dignità della categoria professionale.

La *procedura* del procedimento disciplinare, che può essere promossa d'ufficio ovvero su richiesta del Procuratore della Repubblica, segue il seguente ordine: si definiscono gli addebiti mossi al sanitario, vengono nominati i relatori e si notifica all'interessato il suo deferimento a giudizio con l'invito a produrre le proprie controdeduzioni scritte. Il professionista deve, infatti, essere posto nella condizione di potere esercitare il diritto alla propria difesa, ragion per cui gli viene trasmesso un atto scritto contenente la formale e circostanziata contestazione delle accuse con indicazione del luogo, giorno e ora in cui si discuterà la questione al fine di emettere il giudizio che può essere o di proscioglimento o di sanzione disciplinare.

Contro la sentenza, il sanitario, entro 30 giorni dalla notifica o comunicazione del provvedimento, ha diritto di ricorrere presso la Commissione Centrale per gli esercenti le professioni sanitarie con sede presso il Ministero della Salute. La decisione della Commissione Centrale può, a sua volta, essere impugnata davanti alla Suprema Corte di Cassazione.

zioni disciplinari: CdMC artt. 1 e 2 - CdInf disposizioni finali - CdOst Introduzione - CdTSRM artt. 1.2 e 1.3 - CdTSLB artt. 7, 8 e 35 - CdI.D Premessa, artt. 48 e 49 - CdE.P Destinatari del codice deontologico - CdFt artt. 2 e 34.

4. Principi deontologici “universali”

Come già più sopra specificato, ogni professione sanitaria è soggetta alle disposizioni contenute nel proprio codice deontologico, che, a seconda della categoria professionale considerata, prevede e si focalizza su disposizioni specifiche, in sintonia con la particolare attività lavorativa a cui si riferisce.

Visto però che tutte le professioni sanitarie sono accomunate dall'obiettivo condiviso del bene dell'assistito e della collettività, in tutti i codici deontologici sono contemplati principi generali, “universali”, se pure variamente espressi, che rimangono inalterati nel tempo.

Predominante per ogni operatore sanitario, deve essere il *sentimento di umanità*, discendente da un senso spontaneo di pietà e solidarietà verso i propri simili sofferenti, mentre altri sentimenti-doveri specifici nascono dalla relazione personale che egli allaccia col proprio assistito e con i di lui familiari o che nascono da altre fonti di rapporto e circostanze professionali. Fanno parte dell'etica e della deontologia professionali i problemi e gli aspetti riguardanti il singolo paziente, le decisioni da prendere nel suo interesse, il rispetto delle sue scelte, il riconoscimento dei valori che questi intende salvaguardare, oltre ad altre regole comportamentali da adottare nei rapporti con colleghi, familiari, enti.

Leggendo i codici deontologici approntati dalle diverse categorie di professioni sanitarie, è quindi possibile individuare principi comportamentali generalmente condivisi da applicarsi nell'esercizio della professione sanitaria in generale, nei confronti dei colleghi, nella collaborazione con le diverse categorie professionali, con gli enti e specialmente nel rapporto con il paziente.

4.1. Per quanto concerne i *principi comportamentali generali* nell'esercizio della professione, l'operatore sanitario deve prima di tutto sempre operare con *scienza e coscienza*. Il concetto di *scienza* implica la necessità di una adeguata preparazione professionale, che richiede l'impegno all'aggiornamento continuo¹⁰, volto garantire la migliore, aggiornata e più adeguata tutela della salute sempre nel rispetto della dignità del paziente. Con il termine di *coscienza* si vuole indicare la consapevolezza di agire secondo principi morali, approvando i propri atti professionali perché conformi alle proprie convinzioni etiche, ai precetti della scienza e all'interesse

¹⁰ *Aggiornamento*: CdMC art. 19 - CdInf artt.11 e 15 - CdOst artt. 2.2 e 2.3 - CdTSRM artt. 2.10 e 2.12 - CdTSLB artt. 2, 18, 20 e 21 - CdI.D artt. 12, 40 e 44 - CdE.P Resp. nei confronti della professione, art. 1 - CdFt art. 19.

del paziente. In sostanza si tratta di un sentimento di "autoresponsabilità", che assume il sanitario quando, avendo chiaro il caso sul piano diagnostico e terapeutico, si chiede se la decisione che ha preso o deve prendere abbia o meno un fondamento di liceità morale, giuridica e sociale¹¹.

Altro principio imprescindibile e direttamente collegato al precedente, è quello della *correttezza* e della *diligenza*. Essere *corretti* significa essere onesti e retti, ma anche scrupolosi nell'osservanza delle regole professionali. È il modo giusto di intrattenere i rapporti con il malato, i suoi familiari, i colleghi, le pubbliche amministrazioni, ecc. Sono richieste buone maniere, serietà, cortesia, fedeltà, buona fede. Essere *diligenti* vuole dire operare con diligenza¹², perizia¹³ e prudenza¹⁴, usare cioè le doti morali di cautela e solerzia, che portano ad operare con sollecitudine e scrupolosità, congiuntamente alle doti tecniche, premessa per la buona riuscita dell'intervento professionale¹⁵.

Osservare le succitate regole deontologiche vuole anche dire tenere un comportamento consono a preservare la *dignità professionale*, evitando, anche al di fuori dal proprio lavoro, ogni condotta che possa essere dannosa al prestigio della categoria¹⁶, regola anche collegata al dovere di comunicare al proprio Ordine eventuali manchevolezze di colleghi o l'esercizio abusivo della professione¹⁷.

L'operatore sanitario deve inoltre poter lavorare in assoluta *libertà e indipendenza*, non soggiacere, in altre parole, ad interessi, imposizioni o suggestioni di qualsiasi natura. Egli è quindi libero di attuare i mezzi di pre-

¹¹ *Scienza e coscienza*: CdMC artt. 4 e 19 - CdOst art. 2.1 - CdTSRM artt. 2.10 e 2.12 - CdTSLB artt. 4 e 18 - CdI.D art. 12 - CdE.P Resp. nei confronti della professione artt. 2, 3 e 4 - CdFt art. 22.

¹² Def. *Diligenza*: da "diligere" = amare di puro amore, avere caro e apprezzare, avendo cioè interesse per ciò che si compie, l'attenzione è vigile e pronta, polarizzata sulle singole attività.

¹³ Def. *Perizia*: non significa solo "sapere", ma anche e soprattutto "sapere fare", che deriva anche dall'esperienza.

¹⁴ Def. *Prudenza* è una disposizione intellettuale per la quale, nelle singole situazioni, l'uomo responsabile sa scegliere ciò che è bene e vi adatta i mezzi; è una virtù di metodo/scelta corrette, strettamente collegata alla competenza tecnica; significa prevedere le conseguenze dell'operato e prevenire eventuali pericoli.

¹⁵ *Competenza professionale*: CdMC art. 21 - CdInf art. 9 - CdTSRM art. 2.7 - CdTSLB art. 10 - CdI.D art. 6 - CdFt artt. 15 e 18.

¹⁶ *Dignità della professione*: CdMC art. 1 - CdInf art. 44 - CdOst artt. 2.7 e 4.3 - CdTSLB artt. 9 e 12 - CdI.D art. 42 - CdFt artt. 3, 4 e 5.

¹⁷ *Collaborazione e esercizio abusivo*: CdMC artt. 64 e 67 - CdInf art. 43 - CdOst artt. 2.9 e 4.5 - CdTSRM artt. 1.3, 6.3 e 6.6 - CdTSLB art. 6 - CdI.D artt. 34 e 45 - CdE.P Resp. nei confronti della professione, art. 6 e Resp. nei confronti dell'equipe, art. 5 - CdFt artt. 28 e 32.

venzione, diagnosi, cura o riabilitazione che ritiene più idonei e giovevoli al proprio paziente, sempre naturalmente in conformità alle pratiche ufficialmente approvate, respingendo ogni forma di limitazione, imposizione o lusinga da parte di terzi che possa in qualche modo essere pregiudizievole alla correttezza o all'efficacia del suo intervento¹⁸.

4.2. Nel rapporto con i *colleghi*, vige prima di tutto la regola della *colleganza* che si esprime nel rispetto, fedeltà, amicizia e cameratismo reciproci¹⁹. Fanno parte di questo precetto anche la solidarietà, difendere quindi un collega sottoposto ad accuse o attacchi ingiusti, assistere gratuitamente un collega, sostituirlo in caso di malattia e non cercare di sottrargli i pazienti. I colleghi vanno sempre rispettati anche in caso di contrasto di opinioni.

4.3. Oltre alla collaborazione fra l'operatore e paziente vi sono i rapporti di stretto contatto fra il professionista e le *altre categorie professionali sanitarie* che si stabiliscono sia in ambiente ospedaliero sia a livello di studi professionali privati²⁰. Vige, infatti, la regola che nell'ambito dell'assistenza della persona sofferente deve esservi collaborazione rispettosa delle diverse competenze spettanti ai vari componenti dell'équipe professionale onde garantire la migliore presa in carico complessiva del paziente.

4.4. Sono inoltre previste regole comportamentali da adottarsi di fronte a problemi riguardanti la *società* (educazione alla salute²¹, interventi in caso di calamità o emergenze²²), nonché nei rapporti con *enti e istituzioni*, quali, ad esempio, il Servizio Sanitario Nazionale²³. Così il professionista sanitario oggi è anche impegnato sul versante economico, dovendo cercare di

¹⁸ *Autonomia e indipendenza*: CdMC artt. 4 e 22 - CdInf artt. 2 e 17 - CdOst art. 5.2 - CdTSRM artt. 2.2 e 2.5 - CdTSLB artt. 11, 16 e 17 - CdI.D artt. 6, 14 e 37 - CdE.P Resp. nei confronti della professione, artt. 2, 3 e 4 - CdFt art. 11.

¹⁹ *Rapporto con colleghi*: CdMC art. 58 - CdInf artt. 41 e 45 - CdOst artt. 4.1 e 4.3 - CdTSRM art. 2.9 - CdTSLB art. 26 - CdI.D artt. 5 e 32 - CdFt artt. 26 e 27.

²⁰ *Rapporto con altre professioni sanitarie*: CdMC art. 66 - CdInf art. 14 - CdOst art. 4.2 - CdTSRM artt. 5.1 e 5.2 - CdTSLB artt. 16 e 28 - CdI.D artt. 13 e 33 - CdE.P Resp. nei confronti dell'équipe, artt. 1, 2, 3 e 4 - CdFt art. 29.

²¹ *Educazione sanitaria*: CdMC art. 5 - CdInf art. 19 - CdOst art.5.3 - CdTSRM art. 3.4 - CdTSLB art. 24 - CdI.D artt. 24, 25, 26, 27, 28, 29 e 30 - CdE.P Resp. nei confronti della società, artt. 1 e 2.

²² *Calamità e emergenze*: CdMC artt. 8 e 9 - CdInf art. 18 - CdOst artt. 2.5 e 2.6 - CdI.D art. 31.

²³ *Rapporti con SSN e enti*: CdMC artt. 68 e 69 - CdInf art. 47 - CdOst art. 5.1 - CdTSRM art. 6.1 - CdTSLB art. 28.

contenere le spese sanitarie (ad es. prescrivendo un farmaco piuttosto che un altro) e applicando onorari trasparenti, entro i limiti tariffari consentiti²⁴.

4.5. Tutto quanto più sopra descritto, si ricollega, ovviamente, alla presa in carico e al comportamento da tenersi con il *paziente*. Così i codici di deontologia prevedono articoli che riguardano *in primis* il rispetto dei diritti della persona²⁵, evitando ogni *preconcetto di tipo ideologico*, tenendo quindi sempre lo stesso scrupolo e impegno nella cura di qualsiasi malato, indipendentemente dai sentimenti che può ispirare per il suo credo religioso, la sua razza, nazionalità, condizione sociale, ideologia politica. Il comportamento deve sempre essere improntato sul distacco e sulla lealtà, essendo la professione e la sua meta al di sopra di qualsiasi preconcetto ideologico²⁶.

Va sempre rispettata la libera scelta del medico e del luogo di cura²⁷ da parte del paziente, vanno adempiuti gli obblighi all'informazione sia privata²⁸, onde ottenere il consenso al trattamento (per approfondimenti vedi capitolo "I trattamenti sanitari"), sia pubblica, che concerne il rapporto con le autorità o l'amministrazione pubblica (vedi capitolo relativo a denunce sanitarie e referto/denuncia di reato).

D'altro canto vige l'obbligo rigoroso alla *riservatezza e segretezza*²⁹ su tutto quanto concerne il lavoro svolto con l'assistito nonché su ciò che questi confida all'operatore (vedi capitolo relativo al segreto professionale).

Precise indicazioni sono inoltre previste circa il comportamento da adottarsi nei confronti di soggetti in condizioni difficili, quali quelle che incidono sulla loro autonomia, dipendente sia da situazioni fisiche sia psichiche, essendo, ovviamente, vietato qualsiasi trattamento disumano, impositivo e inutilmente contenitivo³⁰.

²⁴ *Onorari*: CdMC art. 54 - CdOst art. 3.8 - CdTSRM art. 6.4 - CdTSLB artt. 22 e 23 - CdI.D artt. 46 e 47 - CdFt artt. 20 e 21.

²⁵ *Diritti della persona*: CdMC art. 20 - CdInf art. 5 - CdOst art. 3.1 - CdTSRM artt. 2.3 e 3.1 - CdTSLB art. 10 - CdI.D art. 1.

²⁶ *Preconcetti ideologici*: CdMC art. 3 - CdInf art. 4 - CdOst art. 3.1 - CdTSRM artt. 2.1, 2.3 e 2.6 - CdTSLB art. 10 - CdI.D artt. 1 e 4 - CdE.P Resp. nei confronti dell'utente, art. 1 - CdFt art. 3.

²⁷ *Scelta medico e luogo di cura*: CdMC art. 27.

²⁸ *Informazione*: CdMC artt. 33, 34 e 37 - CdInf artt. 20, 23, 24 e 25 - CdOst artt. 3.2 e 3.3 - CdTSRM artt. 2.8, 3.5, 3.6, 3.10 e 3.11 - CdTSLB art. 24 - CdI.D artt. 7, 8, 9, 10 e 11 - CdE.P Resp. nei confronti dell'utente, artt. 4 e 5 - CdFt art. 23.

²⁹ *Segreto*: CdMC artt. 10, 11 e 12 - CdInf artt. 26 e 28 - CdOst artt. 3.5, 3.6 e 3.7 - CdTSRM artt. 3.7 e 3.8 - CdTSLB artt. 13, 14 e 15 - CdI.D artt. 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 e 23 - CdE.P Resp. nei confronti dell'utente, artt. 5 e 6 - CdFt artt. 6, 7, 8 e 9.

³⁰ *Trattamenti disumani o coercitivi*: CdMC artt. 18, 51, 52, 53 e 74 - CdInf artt. 32 e 38.

Anche se ogni paziente va considerato singolarmente, reagendo egli in modo del tutto specifico e personale alla propria malattia, si possono comunque fare alcune classificazioni generali di malati che possono, ad esempio, prendere in considerazione quale carattere distintivo l'età, incentrandosi su minori o anziani, le malformazioni, le condizioni biopsichiche, la gravità o meno della malattia ecc. Le varie categorie di malati esigono trattamenti ed approcci particolari che non coinvolgono solo la medicina, ma anche l'antropologia, la sociologia e la psicologia³¹.

Assumendo poi la medicina, come già detto, sempre più caratteristiche anche sociali, si considerano categorie di soggetti come ad esempio i tossicodipendenti con le problematiche specifiche connesse³². Oggi, infatti, l'operatore sanitario non ha più unicamente mansioni di ordine "sanitario", ma deve anche interessarsi di problemi più strettamente sociali.

Altra categoria di malati con gravi problematiche, non solo mediche, sono i malati con prognosi infausta o in fase terminale³³, nel cui approccio va posta particolare attenzione anche alla loro assistenza solamente psicologica e di sostegno³⁴.

Gli attuali codici più che usare il termine "paziente", tendono a parlare di "persona", di "cittadino", di "malato", di "persona assistita", forse perché la parola "paziente" rimanda non solo a colui che soffre, ma anche a colui che "sopporta *pazientemente* ogni trattamento".

Da tutto quanto più sopra accennato, emergono chiaramente le difficoltà e problematiche che ogni operatore sanitario deve essere in grado di affrontare quotidianamente, situazioni in cui deve anche tenere ben presente quanto i suoi codici deontologici gli indicano, presentando così doti personali improntate sulla dedizione e l'amore per la propria professione al servizio e accanto della persona che soffre.

³¹ *Soggetti "fragili"*: CdMC art. 32 - CdInf art. 33 - CdTSRM art. 3.12 - CdI.D art. 10 - CdE.P Resp. nei confronti dell'utente, art. 4.

³² *Tossicodipendenze*: CdMC art. 75.

³³ *Prognosi infausta*: CdMC art. 39 - CdInf artt. 35 e 36.

³⁴ N.B. I malati desiderano in particolare non essere lasciati soli, per cui la costante presenza alternata di medici, infermieri, familiari, assistenti sociali e religiosi è sempre preziosa. - Il Consiglio d'Europa, con raccomandazione n°776 del 1976 sui diritti dei malati e dei morenti, aveva invitato i governi degli Stati membri ad assicurare ai malati la possibilità di prepararsi psicologicamente alla morte; a prevedere l'assistenza ai morenti a mezzo di personale sanitario con formazione di base adeguata; ad assicurare la collaborazione di psichiatri, sacerdoti e assistenti sociali specializzati. Si auspicava la formazione di Commissioni speciali per l'elaborazione di norme di etica medica sul trattamento da praticare ai morenti, sui sistemi di prolungamento artificiale della vita, sulla responsabilità dei sanitari nei riguardi dei loro comportamenti verso i pazienti in coma ecc.

3. Il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.)

1. Introduzione

“La salute, che è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non soltanto l’assenza della malattia e delle infermità, è un fondamentale diritto umano. Il conseguimento del più alto livello sanitario possibile rappresenta un importantissimo traguardo sociale sul piano mondiale, la cui realizzazione esige l’intervento di molti altri settori sociali ed economici in aggiunta a quello sanitario.” (Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS, 1978). Il diritto fondamentale alla salute, e quindi uno stato di completo benessere, psico-fisico e sociale, racchiude in sé anche i diritti all’istruzione e educazione sanitaria, alla famiglia, alla garanzia di una adeguata assistenza sanitaria (prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione), ad ambienti di vita e lavoro salubri, a svolgere un lavoro confacente, ecc.

A tale definizione ebbe a conformarsi la legge 23 dicembre 1978, n°833, *“Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”* (S.S.N.), attuativa della riforma sanitaria e mediante il quale il legislatore ha inteso realizzare il dettato costituzionale di tutela della salute psico-fisica di tutta la popolazione¹, nel rispetto della dignità e libertà della persona, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l’uguaglianza dei cittadini di fronte al servizio. Allo Stato spettava così il compito di gestire i bisogni sanitari della collettività attraverso strutture ospedaliere e ambulatori pubblici, provvedere affinché l’assistenza sanitaria sia assicurata con un contributo obbligatorio fissato per legge, oltre a stabilire che il medico di fiducia poteva essere scelto solo tra quelli convenzionati con il S.S.N. Veniva inoltre sancito un maggior collegamento tra ospedale e terri-

¹ art. 32 Cost.: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti /.../”* - Legge 833/78, art. 1 (*I principi*): *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale /.../”*.

torio attraverso la creazione di un servizio unitario coordinato ed organico di strutture e di personale professionalmente deputato ad occuparsi di salute e di sanità, servizio fondato sui principi di sicurezza sociale, dell'universalità dei beneficiari, della globalità delle prestazioni, dell'eguaglianza del trattamento e della salvaguardia della salute psico-fisica, e inteso come mezzo finalizzato al raggiungimento del benessere e dello sviluppo completo della personalità di ogni cittadino².

2. Principi ispiratori e obiettivi

I principi ispiratori la realizzazione del S.S.N. erano:

- garanzia delle varie prestazioni sanitarie a tutti i cittadini che ne abbiano "bisogno", senza alcuna discriminazione individuale o sociale, ecc.
- gratuità della tutela sanitaria³;
- globalità degli interventi⁴;
- eguaglianza⁵;
- uniformità delle prestazioni⁶;

² Legge 833/78, art. 1 (*I principi*): “/.../ La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. - Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini. - Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività. - Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge.”

³ N.B. E' oggi prevista la partecipazione alla spesa in relazione alle risorse personali e alle diverse situazioni di bisogno. A parte i casi di urgenza e di prestazioni erogate per le persone che versino in stato di indigenza (in questi casi, infatti, l'assistenza è sempre gratuita, come peraltro previsto dalla Costituzione all'art. 32), l'orientamento attuale è che il cittadino, anche in ossequio al principio di solidarietà, partecipi alla spesa sanitaria in proporzione al reddito personale.

⁴ N.B. Il S.S.N. eroga non solo attività *diagnostiche e curative*, ma anche *preventive, riabilitative e medico-legali*. Il principio di globalità degli interventi significa anche: perseguimento di uno stato di benessere complessivo della persona (fisico, psichico e sociale) e della collettività, nonché la salvaguardia della salubrità degli ambienti di vita e di lavoro, compiti questi che sono stati affidati all'Azienda nazionale per la protezione dell'ambiente.

⁵ N.B. *Eguaglianza* significa assicurare l'eguaglianza dei cittadini e la loro pari dignità di fronte all'erogazione delle prestazioni.

- rispetto della libertà del cittadino⁷;
- territorialità e della democraticità di gestione⁸;
- efficienza e della economicità delle prestazioni⁹.

L'articolo 2 della legge 833/78 elenca gli *obiettivi* molteplici e variegati spettanti al S.S.N., tra cui la formazione di una coscienza sanitaria moderna attraverso una educazione sanitaria adeguata del singolo e della comunità, la prevenzione di malattie e infortuni, la diagnosi e cura degli eventi morbosi, la riabilitazione degli stati di invalidità o di inabilità psicofisica, la promozione e la salvaguardia della salubrità degli ambienti naturali, di vita e di lavoro, l'igiene degli alimenti e bevande, il controllo sulla sperimentazione e l'impiego di farmaci, la formazione professionale e l'aggiornamento scientifico e culturale del personale sanitario, le scelte responsabili della procreazione, la tutela della maternità e dell'infanzia, la promozione della salute nell'età evolutiva, l'integrazione dei soggetti "handicappati", la tutela delle attività sportive, delle fasce deboli, della salute mentale, ecc.

3. Le prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale

In conformità agli obiettivi di cui all'articolo 2 della legge 833/78, le prestazioni garantite dal S.S.N. a tutta la popolazione, nel rispetto della libera scelta del medico e del luogo di cura, sono:

- *prevenzione*, tramite l'individuazione, l'accertamento e il controllo dei fat

⁶ N.B. Garantire l'*uniformità* livelli di qualità dei vari servizi e delle prestazioni sull'intero territorio nazionale, significa anche superare, per quanto possibile, gli squilibri delle condizioni socio-sanitarie territoriali esistenti nel Paese.

⁷ N.B. Il paziente ha il diritto alla *libera scelta del medico e del luogo di cura*. È ammesso il diritto di revoca dell'incarico (anche per il medico il diritto di rinunciare, per giustificati motivi, alla presa in carico un assistito o alla prosecuzione dell'assistenza), quando la persona ritenga di non essere ben assistito dal proprio medico, evenienza in cui può recarsi presso gli uffici della ASL di appartenenza e scegliere un altro dei sanitari iscritti nell'apposito elenco.

⁸ N.B. Tali principi sono racchiusi nella formula "*un territorio-un governo*", per cui in una data "zona socio-sanitaria", la cui estensione è definita con legge regionale, opera una sola ASL.

⁹ N.B. *Efficienza e economicità* significa fornire la migliore prestazione possibile con una spesa sanitaria ottimizzata rispetto al risultato, utilizzando personale competente ed effettivamente preparato sia sul piano scientifico sia su quello manageriale (oltre che su quello della cultura e della preparazione etica).

tori di pericolosità e nocività degli ambienti di vita e di lavoro¹⁰;

- *diagnosi e cura*, attraverso l'assistenza medica generica e pediatrica (domiciliare e ambulatoriale con personale dipendente o convenzionato), specialistica (in ambulatori ASL o convenzionati, prestazioni diagnostiche-strumentali e di laboratorio eseguite presso le ASL), infermieristica, ospedaliera (presso gli ospedali pubblici e convenzionati), farmaceutica;
- *riabilitazione*, per il recupero funzionale e sociale dei soggetti portatori di minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, oltre alla fornitura di protesi¹¹;
- *assistenza farmaceutica*, attuata attraverso i farmaci compresi nel Pronuario terapeutico del S.S.N. compilato secondo l'efficacia terapeutica, l'economicità, la semplicità e la chiarezza nella classificazione;
- *prestazioni medico-legali*, sotto forma di accertamenti e certificazioni¹²;
- *interventi per le tossicodipendenze* (vedi capitolo riguardante le tossicodipendenze);
- *interventi in favore dei portatori di handicap* (vedi capitolo riguardante tutela dell'handicap).

4. Il riordino del Servizio Sanitario Nazionale

Negli anni '90, l'attenzione del governo italiano si focalizzava sul preoccupante disavanzo pubblico e in particolare sulla crescita della spesa sanitaria, da cui la necessità di individuare un tipo di organizzazione che, limitando i costi, fosse in grado di produrre servizi più efficienti, fruibili da

¹⁰ N.B. I *fattori di rischio* agenti sull'ambiente possono essere di natura fisica (microclima, rumori, vibrazioni, radiazioni ionizzanti), chimica (tossici industriali, alimenti e bevande adulterate, farmaci, cosmetici), inquinanti dell'acqua, dell'aria o del suolo.

¹¹ N.B. Ai sensi dell'art. 26 della legge 833/78, le ASL provvedono direttamente, attraverso i propri servizi, o mediante convenzione con istituti specializzati esistenti sia nella regione in cui risiede l'utente sia in altre regioni, alla erogazione di prestazioni dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualsiasi causa. Alle prestazioni riabilitative hanno diritto di accedere anche gli invalidi di guerra e per servizio, i ciechi, i sordomuti, gli invalidi civili, gli invalidi dal lavoro (art. 57, L. 833/78).

¹² N.B. La legge 833/78, all'art. 14, attribuisce alle ASL il compito di predisporre un servizio ispettivo sullo stato di malattia dei lavoratori dipendenti da pubbliche amministrazioni e da privati datori di lavoro, attraverso controlli medico-legali sullo stato di incapacità lavorativa dei dipendenti assenti dal servizio per infermità. - Tale attività si articola secondo: - accertamenti previsti dall'art. 2 della legge 29/2/80, n°33, attività istituzionale delegata, per legge, alle strutture sanitarie pubbliche indicate congiuntamente dall'INPS e dalla Regione, e connessa alla corresponsione da parte dell'INPS della relativa indennità ai lavoratori assenti per malattia; - accertamenti sullo stato di incapacità temporanea al lavoro a norma dell'art. 5 della legge 300/70 (statuto dei lavoratori).

tutti i cittadini, anche se non obbligatoriamente gratuiti per tutti. Si è assistito così ad una profonda trasformazione del servizio sanitario, nella quale da una concezione di assistenza pubblica illimitata e incondizionata (*Welfare State*), si è passati a forme di erogazione dei servizi dirette a perseguire una maggiore efficienza ed economicità e a richiedere ai cittadini una più diretta partecipazione, anche in termini di spesa.

Occorreva quindi trasformare le Unità Sanitarie Locali (USL) in aziende, responsabilizzare tutti i soggetti interagenti nel servizio sanitario (Regioni, direttori generali, dirigenza, soggetti prescrittori e gli stessi cittadini) e determinare una concorrenzialità tra le diverse strutture che operano all'interno del S.S.N.

Le nuove disposizioni per il riordino del S.S.N. sono contenute nel Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n°502¹³, nel Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n°517 e altri successivi fino ad arrivare alla riforma Ter del novembre 1998, n°419, ed altri ancora¹⁴.

Il D.Lgs. n°502 è ispirato a principi diretti ad incidere profondamente sull'assetto organizzativo dei servizi sanitari, attraverso il rafforzamento del ruolo delle Regioni, l'aziendalizzazione, l'accreditamento, il sistema di finanziamento e la responsabilizzazione degli operatori in senso gestionale.

Oltre all'assistenza diretta, la legge di riordino prevede:

- il concorso nella spesa da parte dell'assistito o di prestazioni in regime di assistenza indiretta;
- la costituzione di mutue volontarie che negoziano, per conto degli aderenti o dei soggetti pubblici o convenzionati, le modalità e le condizioni dell'assistenza, allo scopo di ottenere migliori prestazioni a costi ottimali;
- la responsabilità finanziaria per l'erogazione di prestazioni di livello superiore a quelli garantiti a tutti i cittadini a carico delle singole Regioni e Province autonome;
- l'incompatibilità della doppia attività per i medici che prima svolgevano il loro lavoro contemporaneamente nelle strutture pubbliche e in quelle private;
- le convenzioni tra S.S.N., medici generici e pediatri, stabilendo che gli accordi collettivi nazionali, cui le convenzioni con le singole categorie de-

¹³ D.Lgs. 30 dicembre 1992, n°502, "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n°421".

¹⁴ N.B. A luglio 2002, il Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, pubblicava il "Testo aggiornato del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n°502 recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n°421", in cui sono state inserite le modifiche apportate dalle successive disposizioni da ultimo con il D.Lgs. 19 giugno 1999, n°229, recante "Norme per la razionalizzazione del SSN, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n°419" e successivi.

vono uniformarsi, fissano anche le modalità per concordare "livelli di spesa programmati e disciplinarne gli effetti al fine di responsabilizzare il medico al rispetto dei livelli di spesa indotta per assistito, tenendo conto delle spese direttamente indotte dal medico e di quelle indotte da altri professionisti e da altre strutture specialistiche e di ricovero";

- la scomparsa della vecchia distinzione gerarchica tra primari, aiuti ed assistenti, sostituita con la "dirigenza medica con il primo e secondo livello".

4.1. Partecipazione dei cittadini e tutela dei diritti della persona

Con la legge 833/78, si è anche avviato un processo di valorizzazione e di riconoscimento della centralità degli utenti del servizio, attraverso importanti strumenti normativi in favore dei diritti dei cittadini e alla diffusione di iniziative volte a migliorare i rapporti tra questi e servizi sanitari.

Così l'articolo 14¹⁵ del D.Lgs. 502/92 e l'articolo 12 del D.Lgs.

¹⁵ D.Lgs. 502/92, art. 14 (*Diritti dei cittadini*): "1. Al fine di garantire il costante adeguamento delle strutture delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del Servizio sanitario nazionale il Ministro della sanità definisce /.../ i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché dell'andamento delle attività di prevenzione delle malattie. A tal fine il Ministro della sanità, /.../ può avvalersi anche della collaborazione delle università, del Consiglio nazionale delle ricerche, delle organizzazioni rappresentative degli utenti e degli operatori del Servizio sanitario nazionale nonché delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti. - 2. Le regioni utilizzano il suddetto sistema di indicatori per la verifica, anche sotto il profilo sociologico, dello stato di attuazione dei diritti dei cittadini, per la programmazione regionale, per la definizione degli investimenti di risorse umane, tecniche e finanziarie. Le regioni promuovono inoltre consultazioni con i cittadini e le loro organizzazioni /.../ al fine di fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi. Tali soggetti dovranno comunque essere sentiti nelle fasi dell'impostazione della programmazione e verifica dei risultati conseguiti e ogniqualvolta siano in discussione provvedimenti su tali materie. /.../ - 4. /.../ le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere provvedono ad attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe, sulle modalità di accesso ai servizi. Le aziende individuano inoltre modalità di raccolta ed analisi dei segnali di disservizio, in collaborazione con le organizzazioni rappresentative dei cittadini, con le organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti. Il direttore generale dell'unità sanitaria locale ed il direttore generale dell'azienda ospedaliera convocano, almeno una volta l'anno, apposita conferenza dei servizi quale strumento per verificare l'andamento dei servizi /.../ e per individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni. /.../ - 6. Al fine di favorire l'esercizio del diritto di libera scelta del medico e del presidio di cura, il Ministero della sanità cura la pubblicazione dell'elenco di tutte le istituzioni pubbliche e private che erogano prestazioni di alta specialità, con l'indicazione delle apparecchiature di alta tecnologia in dotazione, nonché delle tariffe praticate per le prestazioni più rilevanti. /.../ - 7. E' favorita la presenza e l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, degli organismi di

229/99¹⁶ citano tra le finalità più importanti della legge del riordino:

- la personalizzazione e la umanizzazione dell'assistenza;
- la salvaguardia del diritto all'informazione;
- la libera scelta del medico e del luogo di cura, ecc.;
- e, soprattutto, il diritto dei cittadini a partecipare direttamente al governo della salute pubblica, non solo per quanto riguarda la verifica della qualità dell'assistenza sanitaria sul territorio di appartenenza, ma anche in ordine alla vera e propria programmazione e quindi all'elaborazione dei vari piani sanitari regionali.

I cittadini, le loro organizzazioni, anche sindacali, gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti "dovranno", infatti, essere sentiti anche nelle fasi di elaborazione di programmi oltre che di verifica dei risultati conseguiti e comunque ogni qualvolta siano in discussione provvedimenti in materia. Le ASL e le aziende ospedaliere hanno quindi l'obbligo di individuare modalità di raccolta e di analisi di segnali di disservizio, sempre in collaborazione con le organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

Per garantire la tutela del cittadino avverso atti o comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria (liste d'attesa, carenza di strutture per i lungodegenti, sospetti errori di diagnosi e terapia, ostacoli all'accesso delle prestazioni, cattivo funzionamento dei servizi, ecc.), sono ammesse osservazioni, opposizioni, denunce o reclami in via amministrativa, redatti in carta semplice, da presentarsi al direttore generale dell'ASL o dell'Azienda ospedaliera entro 15 giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o del comportamento contro cui intende osservare od opporsi¹⁷.

volontariato e di tutela dei diritti. /.../ - 8. Le regioni, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere promuovono iniziative di formazione e di aggiornamento del personale adibito al contatto con il pubblico sui temi inerenti la tutela dei diritti dei cittadini /.../."

¹⁶ D.Lgs. 19 giugno 1999, n°229, "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n°419", art. 12 (Modificazioni all'articolo 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n°502): "1. /.../ le regioni prevedono forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale."

¹⁷ D.Lgs. 502/92, art. 14 (Diritti dei cittadini): "/.../ 5. Il direttore sanitario e il dirigente sanitario del servizio, a richiesta degli assistiti, adottano le misure necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità dell'assistenza. Al fine di garantire la tutela del cittadino avverso gli atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria, sono ammesse osservazioni, opposizioni, denunce o reclami in via amministrativa, redatti in carta semplice, da presentarsi entro quindici giorni, dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento contro cui intende osservare od opporsi, da parte dell'interessato, dei suoi parenti o affini, degli organismi di volontariato o di tutela dei diritti accreditati presso la regione competente, al diretto-

Si prevedono, inoltre, le cosiddette “carte dei servizi”, una sorta di contratto, o patto, tra azienda o casa di cura e utenti, basate sui seguenti principi:

- eguaglianza (diritti uguali per tutti riguardo l’accesso ai servizi);
- imparzialità (giustizia e obiettività nel trattamento);
- continuità (disponibilità di servizio continuo, regolare e senza interruzioni);
- diritto di scelta (tra i diversi servizi);
- partecipazione (diritto all’informazione, a presentare reclami e averne risposta);
- efficienza ed efficacia (adottare misure idonee a garantire adeguate prestazioni).

Recentemente si è, inoltre, assistito al passaggio dal concetto di “sanità” a quello di “salute”, concetto questo fondato sui seguenti criteri:

- *diritto alla salute e alle cure*, indipendentemente dal reddito, garantendo *Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA)*, concordati fra Stato e Regioni, assicurando un’efficace prevenzione sanitaria e diffondendo la cultura della promozione della salute;
- *equità all’interno del sistema*, cioè, equità negli accessi ai servizi, nell’appropriatezza e nella qualità delle cure onde ridurre al minimo la mobilità dei pazienti per eventuale carenza nel territorio di residenza di strutture sanitarie idonee a fornire le prestazioni di qualità richieste;
- *responsabilizzazione dei soggetti coinvolti*, cioè degli individui e delle istituzioni incaricati di organizzare ed erogare le prestazioni, attraverso lo sviluppo della piena consapevolezza di tutti, in relazione alla complessità dei bisogni, agli obblighi che discendono dal patto costituzionale, alla sempre maggiore ampiezza delle possibili risposte in termini professionali e tecnologici e alla necessità di modulare gli interventi sulla base di linee di indirizzo comuni e degli obiettivi prioritari del sistema, nel rispetto rigoroso delle compatibilità economiche;
- *dignità e coinvolgimento di tutti i cittadini* che entrano in contatto con i servizi quale principio imprescindibile e comprendente il rispetto della vita e della persona umana, della famiglia e dei nuclei di convivenza, il diritto alla tutela delle relazioni e degli affetti, la considerazione e l’attenzione per la sofferenza, la vigilanza per una partecipazione quanto più possibile alla vita sociale da parte degli ammalati e la cura delle relazioni umane tra ope-

re generale dell’unità sanitaria locale o dell’azienda che decide in via definitiva o comunque provvede entro quindici giorni, sentito il direttore sanitario. La presentazione delle anzidette osservazioni ed opposizioni non impedisce né preclude la proposizione di impugnativa in via giurisdizionale. /.../.”

ratori ed utenti. L'utente e la sua salute devono quindi essere posti al centro del sistema, nel rispetto dei principi etici e bioetici;

- *qualità delle prestazioni*, attraverso elevati livelli di efficienza ed efficacia nell'erogazione dell'assistenza e nella promozione della salute, garantendo inoltre l'equilibrio fra complessità ed urgenza delle prestazioni ed i tempi di erogazione delle stesse, riducendo le liste di attesa. La crescita e la valorizzazione professionale degli operatori sanitari deve essere garantita tramite la formazione permanente ed altri meccanismi di promozione (educazione continua in medicina: ECM);

- *integrazione tra servizi sanitari e sociali* a livello locale, collaborazione tra Istituzioni e pazienti, disponibilità delle cure specialistiche e riabilitative domiciliari per pazienti cronici, terminali, deboli o non autosufficienti, sviluppando inoltre forme di supporto ai familiari dei pazienti;

- *sviluppo della conoscenza e della ricerca* biomedica e sanitaria;

- *sicurezza sanitaria dei cittadini*, promuovendo strategie e strumenti di gestione dei rischi, di precauzione rispetto alle minacce, di difesa e prevenzione, nonché di cura degli eventuali danni.

4.2. Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (L.E.A.)

Il primo risultato dell'accordo stipulato tra Governo e Regioni in materia sanitaria è costituito dalla definizione dei *Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria* (L.E.A.¹⁸) da assicurare e garantire su tutto il territorio nazionale.

La definizione dei L.E.A., a carico del S.S.N., è basata su due principi:

- quello di servizi "*essenziali*", cioè accettabili sul piano sociale, tecnicamente appropriati ed efficaci, in quanto fondati su prove di evidenza ed erogati nei modi economicamente più efficienti;

- quello delle "*liste negative*", individuando cioè ciò che non deve più essere erogato con finanziamenti a carico del S.S.N.

I L.E.A. rappresentano quindi le prestazioni e i servizi "essenziali", in quanto "necessari" per rispondere ai bisogni fondamentali di promozione, mantenimento e recupero di salute, "appropriati" in relazione alle esigenze di salute e alle modalità alternative dell'offerta di prestazione, e "uniformi" su tutto il territorio, che il S.S.N. è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il si-

¹⁸ I LEA sono stati definiti con il DPCM (Decreto Presidente Consiglio dei Ministri) del 29 novembre 2001.

stema fiscale, fermo restando che le Regioni potranno utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei L.E.A.

I *principi* guida individuati per la definizione dei livelli essenziali di assistenza sono quelli:

- *della dignità umana* (ogni persona ha uguali dignità e diritti a prescindere dalle caratteristiche personali e dal ruolo svolto nella società);
- *della salvaguardia* (lo stato di salute della persona va tutelato prima che possa essere pregiudicato);
- *del bisogno* (ogni persona in condizioni di bisogno ha diritto all'assistenza e le risorse disponibili devono essere prioritariamente utilizzate a favore delle attività in grado di rispondere ai bisogni primari della popolazione);
- *della solidarietà nei confronti dei soggetti più vulnerabili* (uso prioritario delle risorse a favore di gruppi, persone e condizioni che presentano bisogni rilevanti in termini sociali e clinico-epidemiologici);
- *dell'efficacia e dell'appropriatezza* degli interventi (indirizzare le risorse verso prestazioni con efficacia riconosciuta in base alle evidenze scientifiche e verso soggetti che maggiormente possono trarne beneficio).

I livelli di assistenza sono:

- 1. *assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro*, comprendente tutte le attività di prevenzione rivolte alla collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale);
- 2. *assistenza distrettuale*, comprendente le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, Ser.T, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per disabili, ecc.) e alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche);
- 3. *assistenza ospedaliera*, in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in *day-hospital* e *day surgery*, in strutture per la lungo-degenza e la riabilitazione, ecc.

Sono *esclusi* le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che:

- non rispondono a necessità assistenziali;
- non sono efficaci e appropriate o la cui efficacia non è dimostrabile in base all'evidenza clinica o non corrispondono alle indicazioni raccomandate;

- non sono economici rispetto ad altre forme di assistenza le quali sono in grado di soddisfare le stesse esigenze.

La *qualità in sanità* viene definita come grado con cui i servizi, che forniscono le prestazioni, aumentano la probabilità degli esiti auspicati per il paziente e diminuiscono la probabilità di esiti indesiderati, alla luce dell'attuale livello di conoscenze, considerando in particolare accessibilità, appropriatezza, continuità, efficienza, attenzione all'opinione del paziente, sicurezza dell'ambiente di lavoro, tempestività delle cure.

4.3. Il sistema di emergenza sanitaria

Spetta alle Regioni organizzare le attività di urgenza e di emergenza sanitaria, mentre spetta al Governo nazionale fissare, d'intesa con la Conferenza Stato-Regione, gli standard tipologici e di dotazione dei mezzi di soccorso e i requisiti professionali del personale che opera a bordo di essi.

Le linee guida per il sistema di emergenza urgenza sono:

- un sistema di allarme sanitario, dotato di un numero telefonico di accesso breve e universale in collegamento con le centrali operative;
- un sistema territoriale di soccorso;
- una rete di servizi e presidi ospedalieri, funzionalmente differenziati e gerarchicamente organizzati.

Il fulcro del sistema di allarme sanitario è costituito dalla rete regionale delle centrali operative, organizzate di norma su base provinciale, tra loro coordinate e collegate al numero unico telefonico nazionale, il "118", al quale affluiscono tutte le chiamate di intervento di emergenza sanitaria. Alla centrale operativa deve affiancarsi un adeguato sistema territoriale di soccorso, vale a dire la disponibilità, anche mediante il volontariato, di idonei mezzi di trasporto attrezzati per il soccorso sanitario e con una qualificata presenza medica a bordo, se necessaria.

I *dipartimenti di emergenza-urgenza e accettazione* (DEA), distribuiti in modo selettivo sul territorio regionale, devono garantire, nell'arco delle 24 ore, oltre le funzioni di pronto soccorso, "gli interventi diagnostico-terapeutici di emergenza, medici, chirurgici, ortopedici, ostetrici e pediatrici, l'osservazione breve e l'assistenza cardiologica e rianimatoria." Essi devono pertanto essere collocati soltanto presso sedi ospedaliere dotate di competenze e strutture specialistiche adeguate ad affrontare le situazioni più complesse.

L'ospedale deve assicurare al dipartimento il supporto delle prestazioni di laboratorio, strumentali e di immunoematologia nell'arco delle 24 ore giornaliere.

5. Organizzazione del S.S.N.

Il S.S.N. è organizzato su tre livelli istituzionali: lo Stato, le Regioni e gli enti locali territoriali, in collegamento e coordinamento con ogni altra istituzione che svolga un'attività sociale attinente alla salute individuale e collettiva. È prevista la partecipazione delle Associazioni di volontariato nei modi e nelle forme stabiliti dalla legge.

5.1. Allo *Stato*, con il recente decentramento dei poteri dallo Stato alle Regioni (alle quali è riconosciuto un ruolo fondamentale nella programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari, in base all'accordo stipulato, l'8 agosto 2001, tra Governo e Regioni in materia sanitaria), al Ministero della Salute spetta il compito, non più di "pianificazione e governo della sanità", ma di "garanzia della salute".

Il Ministero della Salute si avvale di due organi: il Consiglio Superiore di Sanità, organo consultivo, e l'Istituto Superiore di Sanità, organo tecnico-scientifico.

Il *Consiglio Superiore di Sanità* esprime pareri obbligatori sui regolamenti generali e sulle convenzioni internazionali concernenti la salute pubblica, sui progetti per la costruzione di ospedali, sulla determinazione dei lavori pericolosi, sulle norme igieniche del lavoro, ecc.

L'*Istituto Superiore di Sanità* ha compiti di consulenza e di ricerca tecnico-scientifica. Organizza, in collaborazione con le università, le Regioni e altre istituzioni scientifiche a carattere pubblico, corsi di specializzazione e aggiornamento in materia di sanità pubblica per gli operatori sanitari.

I compiti attuali del Ministero della Salute sono i seguenti:

- garantire a tutti equità, qualità, efficienza e trasparenza del sistema anche attraverso una comunicazione corretta ed adeguata;
- evidenziare diseguaglianze e iniquità al fine di promuovere azioni correttive e migliorative;
- collaborare con le Regioni per valutare le realtà sanitarie e migliorarle;
- tracciare linee di innovazione e cambiamento e fronteggiare i grandi pericoli di minaccia per la salute pubblica.

Attraverso la programmazione del Piano Sanitario Nazionale, di durata triennale, il Ministero della Salute delinea gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario.

Rientrano oggi nella competenza esclusiva dello Stato la "*determinazione dei Livelli Essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*".

Il ruolo dello Stato in materia di sanità si è trasformato da una funzione preminente di organizzazione e di gestore di servizi, a quella di garante dell'equità sul territorio nazionale. Spetta quindi allo Stato formulare i principi fondamentali, ma non interviene più sulla modalità con cui questi principi ed obiettivi saranno attuati, compiti questi diventati di competenza esclusiva delle Regioni.

5.2. Alle *Regioni* spettano le funzioni legislative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato ed esercitano le funzioni amministrative proprie o a loro delegate.

Le leggi regionali in materia devono in particolare conformarsi ai seguenti principi:

- coordinare l'intervento sanitario con quelli negli altri settori economici, sociali e di organizzazione del territorio di competenza delle Regioni;
- unificare l'organizzazione sanitaria su base territoriale e funzionale adeguando la normativa alle esigenze delle singole situazioni regionali;
- assicurare la corrispondenza tra costi dei servizi e relativi benefici.

5.3. A livello di *territorio* sono presenti le Aziende Sanitarie Locali (ASL) che provvedono alla gestione unitaria della tutela della salute.

Le ASL costituiscono il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, organizzati in una data area geografica, mediante i quali i Comuni, le loro associazioni e le comunità montane erogano l'assistenza sanitaria in conformità ai principi e agli obiettivi del S.S.N. ai cittadini.

L'azienda Sanitaria Locale, un'"azienda, dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica", con un articolato organigramma, costituito dal Direttore Generale¹⁹, Direttore Amministrativo²⁰, Direttore

¹⁹ N.B. Il *Direttore Generale*, organo monocratico, ha tutti i poteri di gestione, ovvero di rappresentanza legale dell'Azienda, nonché poteri di verifica, anche attraverso l'istituzione di un apposito servizio di controllo interno, della corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introiettate e dell'imparzialità e buon andamento dell'azione amministrativa. - Non può fungere da Direttore Generale chi ricopre la carica di membro di Consigli comunali, provinciali, regionali e chi ha riportato condanne a specifiche pene detentive, chi è sottoposto a procedimento penale per delitti per i quali è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza, chi è stato sottoposto a misure preventive o a misure di sicurezza detentiva o libertà vigilata.

²⁰ N.B. Il *Direttore Amministrativo* è nominato con provvedimento motivato dal Direttore Generale che, per gravi motivi, può eventualmente anche disporre la revoca. Il Direttore Amministrativo dirige i servizi amministrativi aziendali e fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di sua competenza.

Sanitario²¹, Consiglio dei Sanitari²² e Collegio di Revisori²³, è tenuta ad operare secondo criteri di efficienza, economicità ed efficacia.

Nel territorio di competenza, la ASL deve svolgere i vari compiti di prevenzione, diagnosi, riabilitazione e medicina legale, provvedendo all'organizzazione ed alla erogazione dell'assistenza medico-generica e specialistica, di quella pediatrica, infermieristica, ecc.

Nell'ambito delle proprie competenze l'ASL provvede:

- all'educazione sanitaria;
- alla prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche;
- alla protezione sanitaria materno-infantile, all'assistenza pediatrica e alla tutela del diritto alla procreazione cosciente e responsabile;
- all'igiene e alla medicina scolastica negli Istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado;
- all'igiene e alla medicina del lavoro, nonché alla prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;
- alla medicina dello sport e alla tutela sanitaria delle attività sportive;
- all'assistenza medico-generica e infermieristica, domiciliare e ambulatoriale;
- all'assistenza medico-specialistica e infermieristica, ambulatoriale e domiciliare, per le malattie fisiche e psichiche;
- all'assistenza ospedaliera per le malattie fisiche e psichiche;
- alla riabilitazione;
- all'assistenza farmaceutica e alla vigilanza sulle farmacie;
- all'igiene della produzione, lavorazione, distribuzione e commercio degli alimenti e delle bevande;
- alla profilassi e alla polizia veterinaria;
- agli accertamenti, alle certificazioni e a ogni altra prestazione medico-legale spettanti al S.S.N.

Nell'ambito delle ASL sono inoltre erogate varie *attività medico-legali*:

²¹ N.B. Il *Direttore Sanitario*, è un medico in possesso di idoneità nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione; è nominato con provvedimento motivato dal Direttore Generale che, per gravi motivi, può eventualmente disporre la revoca. Il Direttore Sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di sua competenza.

²² N.B. Il *Consiglio dei Sanitari* è un organismo elettivo con funzioni di consulenza tecnica sanitaria ed è composto dal Direttore Sanitario, che lo presiede, da medici, operatori sanitari laureati, infermieri e tecnici. Fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo dell'organizzazione.

²³ N.B. Il *Collegio dei Revisori*, organo collegiale, è composto da cinque membri, due designati dalla Regione e tre dal ministero del Tesoro, e rimane in carica per cinque anni. Ha facoltà di compiere atti ispettivi e sindacatori, accerta la liceità dell'operato degli amministratori, ottimizza l'impiego delle risorse economiche.

- attività di medicina di controllo (visite e certificazioni in tema di idoneità al lavoro, alla guida, allo svolgimento di attività sportive, di sana e robusta costituzione);
- controllo della inabilità temporanea derivante da malattia;
- giudizi in materia inidoneità permanente, parziale o assoluta al lavoro;
- accertamenti per la tutela della lavoratrice madre;
- attività di medicina previdenziale ed assicurativa (commissioni invalidi civili, ecc.);
- attività di consulenza su problemi di interesse etico-deontologico (consenso informato, trattamenti sanitari su minori o incapaci, ecc.);
- attività di consulenza su problemi di interesse giudiziario (responsabilità professionale);
- partecipazione a commissioni per le operazioni di prelievo di organi a fini di trapianto terapeutico;
- pareri in tema di I.V.G.;
- pareri in tema di assistenza a tossicodipendenti (eventuali T.S.O., assistenza ai pazienti affetti da AIDS);
- attività di interesse tanatologico (accertamenti della morte e visita necroscopica, ecc.).

L'Assistenza ospedaliera pubblica viene fornita a tutti i cittadini, italiani e stranieri, che ne abbiano bisogno, mediante: - Aziende Ospedaliere; - Cliniche ed Istituti universitari; - Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, riconosciuti dallo Stato; - Istituti ed enti ecclesiastici, civilmente riconosciuti; - ospedali evangelici ed israelitici; - strutture del sovrano Militare Ordine di Malta; - ospedali militari; - Case di cura private, convenzionate e non, ecc.

A livello ospedaliero, la medicina-legale interviene: - negli accertamenti della morte; - nella prosecuzione o interruzione del trattamento rianimatorio; - nei trapianti d'organo; - nelle problematiche del consenso informato; - nella sperimentazione; ecc.

Il decreto 14 dicembre 1994 del Ministero della Sanità, "*Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera*", all'articolo 2²⁴, stabilisce che le ta-

²⁴ Decreto 14 dicembre 1994 del Ministero della Sanità, "*Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera*", art. 2: "1. Ai fini del presente provvedimento, le prestazioni di assistenza ospedaliera si distinguono in: prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario; prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero diurno; prestazioni di riabilitazione ospedaliera erogate in regime di ricovero. - 2. Le tariffe relative alle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario di cui all'allegato 1, individuate quali episodi di ricovero come documentati dalla scheda di dimissione ospedaliera di cui al decreto ministeriale 28 dicem-

riffe relative alle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario siano basate sui *Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi* (ROD o DRG: *Diagnosis Related Groups*), introducendo nel S.S.N. una nuova modalità di finanziamento delle attività ospedaliere, basata sulla remunerazione delle prestazioni mediante tariffe predeterminate. Il sistema DRG/ROD è un sistema di classificazione dei pazienti dimessi dagli ospedali per acuti, che si fonda su alcune informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.) ed individua circa 500 classi di casistiche (la diagnosi clinica principale fa riferimento ai codici di diagnosi contenuti nella decima revisione dell'*International Classification of Diseases with Clinical Modification*, ICD-9 CM), tendenzialmente omogenee per quanto riguarda il consumo di risorse, la durata della degenza e, in parte, il profilo clinico.

bre 1991 e decreto ministeriale 26 luglio 1993 e specificati secondo il sistema di classificazione dei *raggruppamenti omogenei di diagnosi* (R.O.D.) /.../” - N.B. Negli anni vi sono stati diversi decreti ministeriali riguardanti “aggiornamenti delle tariffe”, non ultimo quello del 12 settembre 2006.

4. L'assistenza sanitaria ai soggetti anziani

1. Introduzione

L'anziano può essere considerato una persona "fragile" e vulnerabile, specie se gravato da debolezza e/o malattia psichica o fisica, oltre ad essere a rischio di solitudine, miseria, di diventare vittima di eventuali reati, condizioni che rendono necessarie particolare tutela, protezione, attenzione e cura.

L'invecchiamento viene, infatti, per lo più associato all'idea di disabilità e malattia, da cui lo stereotipo dell'anziano dipendente, gravato da deficit funzionali e/o cognitivi, tanto da portare all'introduzione del concetto di "ageismo", da intendersi come processo sistematico di stereotipia e discriminazione e in un certo qual modo paragonabile ad ogni altra forma di razzismo e sessismo.

La popolazione anziana è quella in più rapida crescita (il numero degli ultra-sessantacinquenni ha ormai superato quella dei minori di quindici anni), da cui l'urgente necessità di adeguare sia le conoscenze circa le problematiche psico-fisico-sociali ad essa connesse sia le specifiche strutture assistenziali¹.

¹ N.B. Il numero degli anziani costituisce ormai, a livello europeo, circa un quinto della popolazione. Secondo dati ISTAT del 1997, nella fascia di età compresa fra 60-64 anni esisteva il 6% di disabilità, valore che saliva al 47% negli ultra-ottantenni. Attualmente gli ultra-sessantacinquenni costituiscono circa il 20% della popolazione, 2 milioni dei quali ultra-ottantenni; nel Nord Italia quasi il 10% della popolazione ha più di 75 anni, con una percentuale di disabilità del 30%. Si stima che circa un milione di persone necessiti di un'assistenza continuativa ed il numero è certamente destinato ad aumentare. Secondo stime ISTAT, nel 2020, infatti, il 23% della popolazione italiana avrà più di 65 anni e la speranza di vita alla nascita sarà di 78,3 anni per gli uomini e di 84,6 anni per le donne. In termini relativi nel prossimo futuro aumenterà specialmente il numero dei cosiddetti "grandi vecchi", quelli che hanno, cioè, più di 80 anni. Nel 2050, il 34% della popolazione totale sarà formata da anziani e la spesa sanitaria per la loro assistenza costituirà più del doppio di quella destinata per l'acuzie.

Questo progressivo allungamento della vita in una società improntata su efficienza, produttività e autonomia, comporta un sempre maggiore rischio di marginalizzazione di soggetti anziani spesso dipendenti, perché gravati da problemi di salute, e particolarmente esposti a condizioni di deterioramento della qualità della vita per sé e per i loro familiari, sui quali spesso ricade gran parte del compito assistenziale.

Nell'affrontare le problematiche connesse con l'età avanzata, si tende a distinguere la "*famiglia di anziani*" dalla "*famiglia con anziani*".

Le "famiglie di anziani", nuclei familiari costituiti cioè unicamente da soggetti anziani, sia soli sia in coppia², sono in continua crescita e spesso lasciati soli, dato da correlarsi al progressivo venir meno del supporto familiare, parentale, amicale o di vicinato, riconducibile sia ad un fenomeno di deresponsabilizzazione sia, più di frequente, ad improrogabili necessità di lavoro del resto della famiglia, oltre alla eventuale disgregazione della stessa. La scelta di vivere da soli può provenire però anche direttamente dall'anziano stesso, che non accetta né la dipendenza né l'eventuale interferenza altrui nelle proprie decisioni.

Le "famiglie con anziani", autosufficienti, parzialmente o totalmente non autosufficienti, costituiscono circa il 13% delle famiglie italiane. Specie i cosiddetti "grandi anziani", quelli ultra-ottantenni cioè, con problemi più o meno accentuati di non-autosufficienza fanno riferimento alla propria famiglia, mentre la richiesta di sostegno da parte dei servizi rimane ancora limitata³. Si accentua così il rapporto di dipendenza del genitore nei confronti del figlio, dal quale si aspetta l'osservanza dei doveri filiali e l'erogazione di tutta una serie di prestazioni relative alla sua cura, realizzandosi così il cosiddetto processo di "*infantilizzazione*" dell'anziano a fronte della "*genitorializzazione*" dei figli o della famiglia.

² N.B. Secondo dati ISTAT, nel 2010, in Italia le famiglie uni-personali, formate, cioè, da un solo anziano, formano il 14% delle famiglie, il che significa circa tre milioni e quattrocentomila anziani soli, con notevoli problematiche specie sul piano assistenziale in caso invalidità e non-autosufficienza. Il 10% degli uomini e il 31% delle donne ultrasessantenni vivono soli; oltre 600.000 persone disabili vivono da soli e oltre 2.500.000 anziani vivono in condizioni di povertà.

³ N.B. Il fatto che oggi gran parte dell'assistenza dell'anziano ricada sulle famiglie è, forse, dovuto, oltre che a motivi culturali, anche ad una carenza di servizi atti all'assistenza o ad una disinformazione degli anziani e/o delle famiglie circa la loro esistenza.

2. Le patologie e le disabilità dell'anziano

Una quota significativa di anziani soffre di patologie croniche, spesso multiple, e di disabilità che comportano una più o meno rilevante limitazione dell'autosufficienza, quali, ad esempio, forme di demenza, morbo di Parkinson, ictus cerebrale, scompenso cardiaco, infarto, aritmie, ipertensione, diabete, bronchiti croniche e osteoporosi (con rischio di ripetute fratture).

Accanto alle problematiche di natura somatica, numerosi anziani presentano disturbi psicologici e/o psichiatrici, disturbi dai confini reciproci spesso sfumati, costituiti da diverse forme di malessere, di situazioni che si possono scompensare o di episodi morbosi anche di breve durata.

L'invecchiamento porta con sé una riduzione, un indebolimento, una regressione delle componenti organiche e delle relative funzioni, ma risulta difficile definire una "psicologia del settantenne piuttosto che dell'ottantenne", visto che su questa "involuzione" influiscono numerosissime variabili, quali diverse vicende di vita, irripetibili, individuali e particolari, ambiente di vita, diverse personalità, differenti malattie pregresse eventualmente patite, ecc. Alcuni aspetti psicologici sono però più tipici dell'età avanzata, quali difetti della memoria, difficoltà nell'apprendimento di nuovi concetti, rallentamento delle *performances* mentali, misogenismo, fragilità emotiva, egoismo, avarizia, ripetitività, caduta degli interessi, creatività e progettualità, prudenza eccessiva, rigidità, cocciutaggine, permalosità, gelosia, culto delle memorie, egocentrismo, irascibilità, impulsività, oscillazioni del tono dell'umore, momenti di rabbia, rancore, ribellione o opposizioni nei confronti di chi vuole aiutare, spiccata indecisione, indeterminatezza, insicurezza che possono sconfinare nell'apatia dopo una vita fatta di frustrazioni e sconfitte, timore di sbagliare con una progressiva diminuzione dell'autostima.

Il disturbo psichiatrico certamente più rappresentato nell'anziano è quello depressivo, che può anche portare al suicidio⁴, al cui manifestarsi possono contribuire alcune "perdite" vissute: - quella del ruolo professionale (pensionamento, il venir meno del ruolo "materno" o "paterno"); - perdita o diminuzione delle relazioni sessuali e/o amorose; - rimaneggiamento della struttura familiare dopo l'allontanamento dei figli; - possibile insorgenza di disturbi e malattie fisici; - scoperta dei limiti relativi all'età e pensiero della morte.

⁴ N.B. Secondo un recente studio, negli anziani *non ospedalizzati*, la depressione presenterebbe una prevalenza del 13%, di cui però solo il 25% circa sembra ricevere un trattamento adeguato.

Certamente non sempre e non tutti gli anziani vivono tali situazioni in modo così drammatico, specie se possiedono sufficienti risorse di adattamento ai diversi "stress" nel tempo subiti, affrontando in modo più sereno i cambiamenti connessi con l'invecchiamento, il cosiddetto "healthy aging" o "aging well", agevolato inoltre da soddisfacenti condizioni di salute, dimostrandosi per lo più meno impulsivi, rigorosi o aggressivi nei confronti degli altri.

I soggetti anziani possono quindi presentare una vasta gamma di problemi, da cui diverse tipologie di bisogno e/o gradi di dipendenza, a seconda delle variabili sia biologiche sia socio-culturali, quali età, sesso, status socio-economico, vita di relazione, stato di salute, grado di autosufficienza, accesso ai servizi socio-sanitari⁵.

3. Le forme di assistenza

Il netto prolungamento della vita media richiede adeguate soluzioni per alleviare e/o eliminare le difficoltà latamente intese dell'anziano, non solo per dare più anni alla vita, ma anche per dare vita a questi anni e, a questo proposito, risulta fondamentale puntare specialmente sulla prevenzione e profilassi, con stili di vita salutari, diagnosi precoci, ecc., anche per permettergli di vivere il più possibile nel proprio ambiente. Diventa quindi indispensabile fornire ed incentivare un'assistenza medica e specialistica, specie in forma domiciliare quale alternativa all'ospedalizzazione, come anche il telesoccorso e la teleassistenza, l'assistenza infermieristica domiciliare, le strutture residenziali per anziani lungodegenti, ecc.

Particolare attenzione e tutela per la popolazione anziana è comunque già prevista nella legge 833/78, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale⁶, che garantisce un'assistenza sanitaria senza limiti di durata, nelle sedi più opportune, privilegiando, comunque, la permanenza presso il proprio do-

⁵ N.B. Per cercare di "quantificare" il grado di dipendenza, definito non solo dal punto di vista della medicina curativa, ma come un più globale concetto bio-psico-sociologico, è stata recentemente proposta la somministrazione di specifiche scale valutative, anche e specialmente per potere meglio definire gli obiettivi e le risorse di assistenza necessarie a seconda dei casi. Per una tale valutazione è comunque essenziale che l'anziano stesso percepisca i propri bisogni, ne abbia coscienza e sia in grado di esprimerli (cosa che spesso però non succede). Una recente ricerca condotta del Ministero dell'Interno ha rilevato come i bisogni degli anziani siano per lo più di natura relazionale, economica, di assistenza e di aiuto, di ruolo sociale, di rendersi utile agli altri.

⁶ Legge 833/78, art. 2 (*Obiettivi*): ".../ Il S.S.N. nell'ambito delle sue competenze persegue /.../ la tutela della salute degli anziani anche al fine di prevenire e rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione".

micilio. Il compito fondamentale di ogni Servizio sanitario è, infatti, quello di tutelare e promuovere la salute di tutti i cittadini e nessun sistema sanitario, per quanto tecnicamente avanzato può adempiere appieno alla propria missione se non è in grado di comprendere, soddisfacendoli, i bisogni di un'utenza in continuo cambiamento.

Un, per quanto possibile, stato di buona salute e una buona qualità della vita a qualsiasi età costituiscono diritti fondamentali, per cui la persona deve poter accedere ad una pluralità di servizi predisposti per rispondere in modo soddisfacente, nel rispetto del contesto culturale specifico e in conformità allo stato delle conoscenze scientifiche e alle esigenze di carattere etico, ai suoi bisogni sanitari e sociali. Lo Stato ha, infatti, il dovere di salvaguardare e cercare di migliorare la salute di tutti i cittadini e, pertanto, anche di quella psicofisica degli anziani. Da ciò deriva anche l'obbligo di sostenere le famiglie e gli operatori del settore, attraverso la promozione e lo sviluppo di provvedimenti sanitari e sociali pensati in funzione dei bisogni specifici delle comunità locali. L'attualità delle problematiche della "terza" e "quarta" età, fa sì che anche diversi codici deontologici ne fanno specifico riferimento⁷.

All'anziano deve quindi essere garantito un approccio nuovo e globale derivante da una attenta valutazione delle sue condizioni cliniche, affettive, ambientali, sociali ed economiche (valutazione multidimensionale geriatrica).

In questi ultimi anni si sono sviluppati diversi tipi di *programmi socio-sanitari* in forma di interventi integrati volti alla prevenzione e al recupero della compromissione fisica e del deficit funzionale e, quindi, anche al superamento dello svantaggio sociale che ne può derivare⁸.

La caratteristica pregnante di tali interventi e programmazioni è l'elevata integrazione sociosanitaria, improntata su una visione positiva della persona anziana, volta alla rimozione, per quanto possibile, delle diverse "barriere" che possono ostacolare un apporto attivo alla vita sociale, privilegiandone il mantenimento nel proprio domicilio onde preservarne l'autonomia e il benessere psico-fisico.

Gli obiettivi di un trattamento del soggetto anziano possono riguardare sia il ripristino, se possibile, dello stato di salute, sia, parimenti, il miglioramento della qualità della vita, la minimizzazione della disabilità, la conservazione dell'autonomia e la gestione dei bisogni delle persone che supportano l'anziano, calibrando l'intervento in funzione dei bisogni individua-

⁷ *Soggetti fragili*: CdMC art. 32 - CdInf art.7

⁸ N.B. E' necessario programmare concrete risposte per affrontare una domanda di assistenza di natura diversa da quella tradizionale, caratterizzata da nuove modalità di erogazione basate sui principi della continuità delle cure per periodi di lunga durata e dell'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali.

li del paziente e delle risorse disponibili attraverso un'integrazione delle molteplici figure professionali interessate, nonché il coinvolgimento della rete sociale informale, tenendo comunque rigorosamente conto della volontà del paziente stesso, nel rispetto della sua dignità e autonomia⁹.

L'approccio al paziente anziano deve ben radicarsi nel sistema di *welfare*, medico e sociale, di appartenenza essendo inevitabilmente dipendente da un'adeguata struttura sociale, politica, giuridica ed economica. La verifica e la revisione della qualità delle cure devono rappresentare una priorità presso tutte le componenti del servizio, anche per garantire il rispetto dei bisogni e dei desideri di quegli anziani che non sono in grado di esprimere la loro volontà in modo completamente efficace.

3.1. Le Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.)

Un servizio di buona qualità rivolto agli anziani deve essere: - completo¹⁰; - accessibile¹¹; - reattivo¹²; - individualizzato¹³; - transdisciplinare¹⁴; - autonomo¹⁵; - strutturato¹⁶.

⁹ N.B. Importanti problematiche etiche e medico legali possono sorgere quando il paziente non sarà in grado di mantenere la capacità di acconsentire. Situazioni in cui può essere nominato un amministratore di sostegno (vedi capitolo al riguardo).

¹⁰ Def. Un servizio *completo*, quindi centrato sul paziente, tiene conto di tutti gli aspetti relativi ai suoi bisogni fisici, psicologici, sociali, dei desideri e delle aspirazioni.

¹¹ Def. Un servizio *accessibile* è utilizzato agevolmente grazie all'eliminazione di ogni tipo di ostacolo e barriera (geografici e culturali, economici, politici o linguistici).

¹² Def. Un servizio *reattivo* (in modo adeguato) è "attento" ai problemi con i quali viene confrontato, capace di leggerli in modo adeguato e di rispondervi di conseguenza.

¹³ Def. Un servizio *individualizzato* concentra i suoi sforzi sul singolo paziente, con problemi di salute mentale e non, a seconda del suo specifico contesto familiare e comunitario, calibrando il progetto di intervento in funzione sia sua sia della rete di rapporti che questo intrattiene, tendendo sempre, o comunque quanto più possibile, al mantenimento e al sostegno nel suo ambiente di vita.

¹⁴ Def. Un approccio *transdisciplinare* va oltre i rapporti professionali tradizionali per usare al meglio il patrimonio rappresentato da tutti i contributi degli operatori coinvolti, vero e proprio ventaglio di competenze e di itinerari formativi personali e professionali, con il pregio di facilitare la collaborazione con il volontariato e con le realtà non professionali in genere, al fine di poter offrire alle comunità un insieme armonico e coordinato di servizi.

¹⁵ Def. Un servizio *autonomo* (abilitato, cioè, ad assumersi le proprie responsabilità) accetta di assicurare la qualità delle sue prestazioni e di verificarle insieme ai pazienti e alle loro famiglie, dimostrando inoltre particolare sensibilità verso gli aspetti etici e culturali del proprio lavoro.

¹⁶ Def. Un approccio *strutturante*, flessibile, è capace di integrare tutte le risorse esistenti, di collaborare con altri servizi per assicurare una continuità delle cure e di ben coordinarsi con tutti i fornitori di servizi all'anziano, a qualsiasi livello, ivi comprese le agenzie governative locali, zonali e nazionali come pure le organizzazioni comunitarie.

È in quest'ottica che già i Piani Sanitari Nazionali degli anni '90 prevedevano tra gli obiettivi prioritari quelli rivolti agli anziani, specie a quelli non autosufficienti. Presso le Divisioni di geriatria esistenti veniva così prevista l'istituzione delle *Unità di Valutazione Geriatrica* (U.V.G.) per l'integrazione del settore sanitario e sociale, cioè ospedale, territorio e residenze assistite.

Le U.V.G. costituiscono lo strumento per la valutazione globale del singolo caso e la definizione di un programma preventivo, curativo e riabilitativo, personalizzato e continuativo, attraverso un'équipe multidisciplinare, formato da un geriatra (con funzioni di coordinamento), un infermiere, terapeuta occupazionale, un assistente sociale, ed, eventualmente, uno psicologo, fisioterapista, ecc.

Si prevedono due tipi di U.V.G.: uno *territoriale* (o di Distretto), con funzioni prevalentemente preventive e di programmazione, ed uno *ospedaliero*, dove operano inoltre le Unità di Geriatria per acuti (U.G.A.), con funzioni di approfondimento diagnostico, intervento terapeutico riabilitativo intensivo e di protezione nella dimissione dei soggetti a rischio.

Per garantire la collaborazione fra figure sanitarie e sociali vi fu l'attivazione o il potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare integrata (A.D.I.), della ospedalizzazione domiciliare, dei centri diurni di riabilitazione e la realizzazione delle residenze sanitarie assistenziali (R.S.A.), previste nella legge finanziaria n°67 del 1988, sempre nell'ottica della promozione del mantenimento e del recupero dell'autosufficienza nell'anziano. Osservatori permanenti esterni al S.S.N. dovevano fornire un rapporto annuale su aspetti funzionali, economici e di qualità dell'assistenza erogata. Si prevedevano inoltre misure di controllo sulla qualità della vita degli anziani istituzionalizzati, nonché la nomina di un tutore esterno a garanzia della gestione dei beni dell'anziano istituzionalizzato. Gli *interventi prioritari* da attuare erano l'adeguamento dei posti-letto ospedalieri dedicati alla lungo-degenza riabilitativa allo standard di un posto letto per mille abitanti. Sempre al fine di ottimizzare l'assistenza si faceva poi riferimento anche al volontariato e al privato.

La presenza di una rete socio-sanitaria efficace ed efficiente dovrebbe quindi portare alla riduzione della durata di degenza nei ricoveri e il miglioramento della autonomia funzionale delle persone disabili, anche in relazione alla vita familiare e al contesto sociale e lavorativo. Fondamentale era poi l'introduzione di misure che potessero prevenire o ritardare la disabilità e la non autosufficienza, anche attraverso il potenziamento delle informazioni sugli stili di vita più appropriati e sui rischi da evitare.

Dal punto di vista legislativo si vagliano le più opportune iniziative a favore delle famiglie con anziani non autosufficienti in casa (concessione

di "assegni di cura o terapeutici", introduzione del lavoro part-time per il *caregiver*, concessione di permessi retribuiti, possibilità di mettersi in aspettativa per evitare di perdere pensione o possibilità di reinserimento nel mondo lavorativo, tutela della salute della donna sulla quale ricade nella maggior parte dei casi l'onere dell'assistenza e di iniziative e procedure di carattere legislativo per favorire la permanenza degli anziani in famiglia.

3.2. *L'assistenza domiciliare integrata (A.D.I.)*

Un particolare tipo di *assistenza*, specie per l'anziano, è quella *domiciliare integrata* (A.D.I.), costituita dall'insieme delle attività volte a soddisfare, attraverso interventi assistenziali integrati al domicilio, le esigenze del soggetto non autosufficiente, in tutto o in parte, con necessità di assistenza complessa e continuativa, comprensiva di prestazioni sanitarie e di azioni di protezione sociale.

Le prestazioni di natura sanitaria, di competenza delle ASL, comprendono quelle mediche, infermieristiche e riabilitative; quelle di natura socio-assistenziali, di competenza dei Comuni, prevedono, fra altro, attività di aiuto infermieristico, di compagnia e sostegno relazionale, la preparazione dei pasti, la pulizia della casa e il disbrigo di pratiche amministrative.

L'articolazione organizzativa dell'assistenza domiciliare integrata è regolata dal D.P.R. 28 luglio 2000, n°270, "*Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale*" e, più precisamente, dagli articoli 32 e 39 e dall'allegato H.

Secondo quanto previsto dall'articolo 32, il medico di medicina generale è tenuto all'assistenza "*programmata al domicilio dell'assistito, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa /.../, secondo quanto stabilito dal successivo allegato H.*"

In base all'articolo 39, l'assistenza domiciliare programmata si suddivide in tre tipologie: - assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) - assistenza domiciliare programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili (A.D.P.) - assistenza domiciliare nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette e collettività (A.D.R.).

È l'allegato H che disciplina l'assistenza domiciliare integrata (A.D.I.), specificando, all'articolo 1, che "*l'assistenza domiciliare integrata /.../ è svolta assicurando al domicilio del paziente le prestazioni: - di medicina generale - di medicina specialistica - infermieristiche domiciliari e di riabilitazione - di aiuto domestico da parte dei familiari o del competente servizio delle Aziende - di assistenza sociale*", precisando poi che "*lo svolgi-*

mento è fortemente caratterizzato dall'intervento integrato dei servizi necessari, sanitari e sociali, in rapporto alle specifiche esigenze di ogni soggetto al fine di evitarne il ricovero".

La "procedura per l'attivazione" dell'assistenza viene disciplinata dall'articolo 3 dell'allegato H, specificando che "viene iniziato con il consenso del medico di medicina generale, a seguito di segnalazione al responsabile delle attività sanitarie a livello del distretto nel quale ha la residenza l'interessato", richiesta che può essere presentata da una molteplicità di soggetti, quali il medico di medicina generale, il responsabile del reparto ospedaliero al momento delle dimissioni, il servizio sociale e i familiari del paziente stesso.

Qualora l'attivazione dell'A.D.I. sia ritenuta opportuna, il medico responsabile del distretto e il medico di medicina generale devono concordare: - a) la durata presumibile del periodo di erogazione dell'assistenza integrata; - b) la tipologia degli altri operatori sanitari coinvolti; - c) le richieste di intervento degli operatori del servizio sociale da avanzare al responsabile distrettuale delle relative attività; - d) la cadenza degli accessi del medico di medicina generale al domicilio del paziente in relazione alla specificità del processo morboso in corso e agli interventi sanitari e sociali necessari, tenendo conto della variabilità clinica di ogni caso; - e) i momenti di verifica comune all'interno del periodo di effettuazione del servizio.

Il medico di medicina generale ha "la responsabilità unica e complessiva del paziente", l'obbligo di tenere "la scheda degli accessi, fornita dall'Azienda, presso il domicilio del paziente sulla quale gli operatori sanitari riportano i propri interventi", il compito di attivare "le eventuali consulenze specialistiche, gli interventi infermieristici e sociali programmati" e, infine, la funzione di coordinare "gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente".

L'assistenza domiciliare integrata può essere avviata in caso di: - malattie terminali; - malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi; - incidenti vascolari acuti; - gravi fratture in anziani; - forme psicotiche acute gravi; - riabilitazione di vasculopatici; - riabilitazione in neurolesi; - malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro); - dimissioni protette da strutture ospedaliere.

Lo scopo ultimo del servizio di cure domiciliari è quello di mantenere il paziente il più a lungo possibile nella propria abitazione, affinché possa essere circondato dalle sue "memorie della vita", dalle proprie cose e dai propri cari, obiettivo unicamente raggiungibile quando esiste una vera e profonda integrazione socio-sanitaria e una valutazione multidimensionale dei bisogni, garantita da una équipe multiprofessionale.

Il modello assistenziale dell'A.D.I. trova uno dei suoi punti di forza nelle risorse interne alla famiglia, da coinvolgersi attivamente. La legge 8 marzo 2000, n°53, all'articolo 4¹⁷ stabilisce che tutti i lavoratori dipendenti, sia pubblici sia privati, possono fruire di un periodo di congedo per gravi motivi, relativi a situazione personale o della propria famiglia anagrafica, di parenti e affini entro il secondo grado, anche se non conviventi, nonché dei portatori di handicap parenti o affini entro il terzo grado, anche se non conviventi. Il congedo spetta di norma solo ai lavoratori con rapporto a tempo indeterminato e può essere utilizzato per un periodo, continuativo o frazionato, non superiore a 2 anni nell'arco della vita lavorativa. Durante il congedo, il lavoratore ha diritto alla conservazione del posto di lavoro, ma senza retribuzione e maturazione di anzianità e con divieto assoluto di svolgere alcun tipo di attività lavorativa. Ai fini pensionistici, il periodo di aspettativa può essere riscattato dal lavoratore con oneri retributivi calcolati con i criteri della prosecuzione volontaria.

Tra i gravi motivi che danno diritto al particolare beneficio, il regolamento interministeriale del 21 luglio 2000, n°278¹⁸, individua "le situazioni

¹⁷ Legge 8 marzo 2000, n°53, "Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi della città", art. 4 (Congedi per eventi e cause particolari): "1. La lavoratrice e il lavoratore hanno diritto ad un permesso retribuito di tre giorni lavorativi all'anno in caso di decesso o di documentata grave infermità del coniuge od un parente entro il secondo grado o del convivente, purché la stabile convivenza con il lavoratore o la lavoratrice risulti da certificazione anagrafica. In alternativa, nei casi di documentata grave infermità, il lavoratore e la lavoratrice possono concordare con il datore di lavoro diverse modalità di espletamento dell'attività lavorativa. - 2. I dipendenti di datori di lavoro pubblici o privati possono richiedere, per gravi e documentati motivi familiari /.../ un periodo di congedo, continuativo o frazionato, non superiore a due anni. Durante tale periodo il dipendente conserva il posto di lavoro, non ha diritto alla retribuzione e non può svolgere alcun tipo di attività lavorativa. Il congedo non è computato nell'anzianità di servizio né ai fini previdenziali; il lavoratore può procedere al riscatto, ovvero al versamento dei relativi contributi, calcolati secondo i criteri della prosecuzione volontaria. /.../".

¹⁸ Decreto interministeriale, 21 luglio 2000, n°278, "Regolamento recante disposizioni di attuazione dell'articolo 4 della legge 8 marzo 2000, n°53, concernente congedi per eventi e cause particolari", art. 2. (Congedi per gravi motivi familiari): "1. La lavoratrice e il lavoratore, dipendenti di datori di lavoro pubblici o privati, possono richiedere /.../ un periodo di congedo per gravi motivi, relativi alla situazione personale, della propria famiglia anagrafica, dei soggetti di cui all'art. 433 c.c. anche se non conviventi, nonché dei portatori di handicap, parenti o affini entro il terzo grado, anche se non conviventi. Per gravi motivi si intendono: /.../ b) le situazioni che comportano un impegno particolare del dipendente o della propria famiglia nella cura o nell'assistenza delle persone di cui al presente comma; /.../ d) le situazioni, riferite ai soggetti di cui al presente comma ad esclusione del richiedente, derivanti dalle seguenti patologie: 1) patologie acute o croniche che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, post-

che comportano in impegno particolare del dipendente o della propria famiglia nella cura o nell'assistenza" di un familiare, collegandole alle patologie acute o croniche: - che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale (affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, neuromuscolare, psichiatrica, derivante da dipendenze, a carattere evolutivo o soggette e riacutizzazioni periodiche); - che necessitano assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali; - che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario¹⁹.

Rimane comunque ancora il problema che il lavoratore non percepisce alcuna retribuzione e deve integrare i contributi pensionistici a proprie spese.

traumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze, a carattere evolutivo o soggette a riacutizzazioni periodiche; 2) patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali; 3) patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario; /.../ - 2. Il congedo /.../ può essere utilizzato per un periodo, continuativo o frazionato, non superiore a due anni nell'arco della vita lavorativa. /.../".

¹⁹ N.B. Le stesse regole valgono per le patologie dell'infanzia e dell'età evolutiva aventi le stesse caratteristiche, per le quali il programma terapeutico e riabilitativo richiede il coinvolgimento dei genitori o del soggetto che esercita la potestà.

5. La tutela sanitaria dell'immigrato

di *Alberto Sella*

1. Introduzione

In questi ultimi anni, ed in modo particolare dai primi anni Ottanta del secolo scorso ad oggi, si è assistito in Italia ad un notevole incremento della presenza straniera.

L'incidenza complessiva degli stranieri presenti in Italia è pari al 2,2%, meno della metà rispetto alla media europea, di cui circa un milione alla ricerca di un inserimento stabile; le donne rappresentano il 45,5%.

L'interpretazione dei dati riguardanti il fenomeno migratorio in Italia impone riserve e cautele. Il quadro delle statistiche sulla presenza straniera, specie extra-comunitaria, in Italia è caratterizzato da differenti livelli di legalità e di "visibilità" e dall'attingere informazioni raccolte con finalità differenti da quelle specifiche di conteggio della popolazione. Attualmente in Italia ci sarebbero 5 milioni di immigrati irregolari.

Lo scambio e l'intrecciarsi di tradizioni, credenze, culture diverse ha certamente provocato un nuovo modo di relazionarsi tra le persone.

2. Le diverse interpretazioni della malattia

Lo stato di salute e di malattia di un gruppo sociale o di un singolo individuo è correlato all'habitat in cui questo gruppo o individuo interagisce, interazioni che mutano secondo il modo di vivere, di essere, secondo la cultura.

Quotidianamente la salute è vissuta dall'individuo come uno stato di normalità a differenza della malattia nella quale il corpo diventa dolorosamente reale. La capacità dell'individuo di determinarsi, viene alterata nello stato di malattia in contrapposizione alla condizione di completa vigilanza

nello stato di salute. La malattia, inoltre, ha una sua specifica limitazione temporale nel senso che col dolore fissa il malato al suo presente. Tutto ciò che concerne l'esperienza del dolore e la sua prospettiva temporale varia nell'intensità da persona a persona e da cultura a cultura. Le credenze, le conoscenze e i vissuti degli individui differiscono da una cultura all'altra poiché il corpo sociale ha un ruolo fondamentale nell'influenzare il modo in cui il corpo fisico è percepito e curato; di conseguenza le cure, i trattamenti adottati rivelano l'ordine simbolico di quel determinato gruppo sociale.

È rilevante anche il diverso modo di valutare l'eziologia della malattia nelle varie culture. Per la cultura occidentale la malattia è causata da batteri, virus, alterazioni genetiche, ecc.¹, in altre culture essa viene elaborata come l'alterazione di un equilibrio energetico², o dovuta alla perdita dello spirito³, o alla sua possessione⁴, o ancora alla punizione di un Dio⁵ o

¹ N.B. In Occidente professionisti sanitari altamente preparati attuano terapie (farmacologiche o chirurgiche) per aggredire e curare la malattia, considerata un'alterazione dell'organismo causata da un fenomeno morboso, mettendo in secondo piano l'appartenenza ad un gruppo, ad una comunità.

² N.B. La concezione della malattia come l'alterazione dell'equilibrio nel corpo nasce in Cina e si diffonde in Asia, India e America Latina. La salute è legata ad uno stato di bilanciamento energetico, regolato dal freddo e dal caldo, dal cibo e dallo stato emotivo. L'alterazione dell'energia determina la malattia. In questi sistemi sanitari hanno una rilevanza le cause morali e sociali della malattia, e acquista importanza il legame tra la mancanza di equilibrio nei fluidi del corpo e gli eventi sociali disgreganti.

³ N.B. La malattia può essere conseguente ad un temporaneo abbandono dal corpo dello spirito. I guaritori cercano di proteggere il corpo malato dall'intervento di agenti esterni definibili come "spiriti" avversi che potrebbero vanificare la guarigione attraverso particolari riti. Questa concezione della malattia si ritrova per esempio tra i popoli gitani.

⁴ N.B. La malattia può essere interpretata come l'intrusione nella persona di un'entità maligna. La vittima si comporta in modo non conforme alle norme vigenti e proviene usualmente da una situazione di povertà, disadattamento ed oppressione. Conseguentemente la malattia può essere provocata da cause fisiche o sociali come tensioni e conflitti all'interno di un gruppo. Altre cause sono rintracciabili nell'attività di maghe e stregoni in grado di manipolare forze misteriose; oppure sono vissuti come conseguenza di punizioni soprannaturali. Un'unica causa, sia naturale che fisica, può essere all'origine di più malattie le quali possono essere curate da chiunque ed in modo particolare, nei casi più gravi, da medici stregoni. Il passato, presente e futuro si fondono tra loro, così come lo spazio e il tempo, tra tutto ciò che è materiale e mentale, naturale e soprannaturale, conscio ed inconscio. In tal senso il potere simbolico riveste un ruolo importante, essendo quindi la malattia, quindi, vista non solo legata all'ignoto ma anche al mondo sociale del malato (come esito naturale della violazione di un tabù o di una regola del clan).

⁵ N.B. Nella concezione della malattia come punizione divina, vi è la credenza che se una persona non si comporta seguendo le regole e le leggi della divinità, che manifesta il suo disappunto attraverso la malattia della persona. La malattia è quindi strettamente legata

all'intrusione di un oggetto indefinito⁶.

Per ognuno di questi diversi modi di concepire lo stato di malattia si hanno specifiche risposte che definiscono diversi modelli di medicina.

In questo contesto è importante sottolineare alcuni aspetti culturali e rituali di quelle popolazioni che interessano più da vicino il nostro paese

al cattivo rapporto instaurato dall'essere umano con la divinità. Questa concezione ha origini nella medicina mitica o taumaturgica la quale interpretava sia l'elemento come quello patologico e sia l'elemento come quello igienico. Lo stato di salute era mantenuto grazie all'adorazione di divinità ed in caso di malattia la guarigione era ottenuta mediante riti propiziatori. Questo modello di medicina era in uso nella civiltà greca e babilonese e si ritrova anche in ambiente cristiano. Ancora oggi la malattia del corpo e della mente è intesa come castigo personale o di gruppo, come male spirituale, come un destino malefico. Il male, invece di essere affrontato, viene esorcizzato e l'obiettivo non è più salvare il malato, ma interpretare il senso dell'azione divina, che, attraverso la malattia, segnala che il singolo o il gruppo ha commesso una colpa. Quando l'individuo è cosciente della malattia e la interpreta come una punizione, è predisposto ad espiare l'errore fino all'ultimo. Molto spesso quindi la malattia non è altro che la conseguenza di una violazione di un tabù o un sortilegio magico. Nel momento in cui il gruppo individua il malato, considerato peccatore, lo isola dalla comunità. In questa visione globale lo stato di salute non equivale all'assenza della malattia ma è l'espressione dell'armonia della comunità nel rispetto delle leggi divine e del clan.

⁶ N.B. La malattia viene anche concepita come conseguente all'intrusione di un magico "oggetto" esterno al corpo che toglie l'energia vitale e disgrega l'anima, visione tipica di credenze di popoli africani. I diversi popoli di cultura orientale e africana, attraverso meccanismi culturali propri, cercano di capire le cause dell'evento patologico. Essi attraverso varie concezioni di vita e specifiche usanze, intendono ritrovare lo stato di salute esorcizzando il male. In questa prospettiva l'individuo non è altro che la fusione tra l'io, il suo corpo e la situazione sociale. Le malattie mentali e fisiche non sono differenziate essendo l'io considerato un tutt'uno con il corpo. L'io ed il gruppo sociale sono percepiti relativamente indifferenziati e l'io dell'individuo include più del suo singolo corpo. In questa concezione, l'influenza degli stati sociali sugli stati corporei avviene in due possibili modi: le alterazioni sociali possono determinare la malattia, ma le cure sociali possono produrre la guarigione. Le cure, specie nel mondo tribale, sono attuate da uno sciamano privo di una preparazione specifica che utilizza mezzi fisici, aspetti morali, sociali e soprannaturali e conosce dettagliatamente il gruppo e le cure sono fatte con l'obiettivo di ripristinare la coesione e l'armonia del gruppo. Egli rappresenta la medicina in persona poiché in possesso delle conoscenze sia naturali che magico-religiose, è l'unica persona che riesce a mediare tra la causa eziologica esoterica e la patologia. Le terapie come il salasso, le erbe e pozioni, che causano vomito e diarrea, servono per allontanare dal corpo del malato l'entità cattiva. Caratteristico è l'uso di gesti simbolici e incantesimi verbali. Le terapie per le malattie nelle quali si riscontra una causa naturale o fisica sono costituite dai medicinali della farmacopea indigena, altrimenti vengono utilizzati feticci, amuleti e statuette magiche con la funzione di attirare "la cosa cattiva" allontanandola dal corpo malato. Lo sciamano agisce pubblicamente nella comunità ricorrendo ad allucinogeni per mettersi in contatto con le forze superiori. Lo "stregone" raggiunge il suo obiettivo nel momento in cui il malato ritrova un equilibrio sia soggettivo sia comunitario. In queste culture il popolo non si basa solo sulla fisicità della malattia; infatti il malato fa parte di una società in cui si relaziona con i parenti, amici e defunti.

avendo un maggior numero di presenze in Italia. Riti particolari legati alle credenze religiose sono maggiormente presenti nella cultura orientale e africana, fra cui alcuni con risvolti in ambito sanitario, quali, ad esempio, le mutilazioni.

3. Problematiche nel rapporto medico-paziente immigrato

Ogni soggetto extracomunitario che raggiunge il nostro paese, porta con sé un bagaglio culturale peculiare in relazione all'area di provenienza. Quindi, tenendo conto di tutti gli aspetti socio-culturali e religiosi, quando un immigrato deve usufruire di strutture sanitarie estranee al suo contesto, non trova riferimenti perché gli viene a mancare quel substrato che mette ordine nelle sue scelte e la solidarietà in primo luogo familiare ma anche comunitaria. Per gli individui extracomunitari emigrare rappresenta molto spesso una lacerazione, un grande passo, uno shock emotivo. Infatti, solitamente emigrano le persone più forti, più attrezzate psicologicamente agli ostacoli ed imprevisti che si possono presentare durante l'immigrazione. Spesso si tratta di soggetti giovani, di frequente laureati o diplomati, per di più caricati della responsabilità per i congiunti rimasti nel paese di origine. L'immigrato porta con sé una duplice problematica: da un lato la diversità verso la propria gente che reputa l'emigrazione una forma di tradimento; dall'altro la diversità nei riguardi della nuova gente che lo ospita e che lo considera straniero.

Un incombente rischio è senza dubbio la cosiddetta anomia, fenomeno caratterizzato dalla perdita della propria cultura originaria e non ancora sostituita da un'altra e che fa sentire la persona come in un limbo, senza sicurezze e punti di riferimento che la possono rassicurare. L'emigrato, quindi, scontrandosi con la nostra cultura appare insicuro, dipendente e predisposto ad accettare qualsiasi terapia che gli venga offerta. Nessuno lo aiuta nell'elaborazione delle nuove esperienze ed il suo Io culturale lo porterà a valorizzare i nuovi artefatti considerati potenti come pillole, sciroppi, iniezioni ecc.

In condizioni di sradicamento culturale ha un ruolo importante la dimestichezza con il proprio corpo ed essendo quest'ultimo simile a quello degli uomini delle culture tecnologiche, l'immigrato spera di essere capito. Purtroppo il linguaggio del corpo risulterà spesso incomprensibile all'operatore sanitario del Paese ospitante ed il malato immigrato di frequente non viene guarito dai suoi mali. Spesso si accentua l'incompatibilità tra esperienze culturali differenti, a cui si somma il senso di sconfitta del desiderio di sopravvivenza e solidarietà.

Accanto alle suddette problematiche dell'immigrato, vi sono i problemi relazionali in cui si viene a trovare il professionista sanitario occidentale nell'approccio con un paziente di diversa cultura. La complessità del fenomeno immigratorio unito alla varietà dei protagonisti (per culture, estrazione socio-economica nel paese di origine, modelli sociali e valori di riferimento, ecc.), mette in luce come possa essere riduttivo far riferimento ad una presunta categoria concettuale racchiusa nel termine "immigrato".

Molte delle informazioni disponibili sulle patologie più frequentemente riscontrate in migranti, provengono da ambulatori gestiti dal volontariato sociale e non possono essere correttamente confrontate tra loro e con i dati delle strutture pubbliche, nel caso che adottino sistemi di classificazione diversi. Ciò malgrado, si è osservata in questi ultimi anni tra i vari centri una sostanziale sovrapponibilità dei dati clinici raccolti.

Nel rapporto medico paziente-straniero si possono individuare diversi momenti. Così nella prima fase, quella che possiamo definire dell'*esotismo*, il professionista si aspetta di trovare nell'assistito, ad esempio, africano, un portatore di agenti esotici, ragioni per cui, in seguito ad una accurata anamnesi, richiede specifiche indagini alla ricerca di una sicura malattia tropicale che viene ritenuta ben nascosta.

Quando gli esami risultano negativi si passa alla seconda fase riguardante lo *scetticismo sanitario*. Il medico crede che il suo paziente sia un malato immaginario oppure un lavativo. Si assiste così allo scoraggiamento del medico, per non riuscire a fare una precisa diagnosi e non scoprire alcuna malattia esotica. Risulta evidente l'enorme divario culturale e molto spesso la delusione del paziente immigrato. Quest'ultimo, infatti, spesso affascinato dalla medicina occidentale, a suoi occhi, potentissima e fondata su un uso estremo della tecnologia, deve fronteggiare lunghe code negli ambulatori, affrontare problemi burocratici sanitari e, a volte, nelle peggiori delle ipotesi, vedersi negata l'assistenza dalle strutture pubbliche.

Nell'ultima fase, quella riguardante la fase del *criticismo*, il medico si accorge di non aver capito nulla inerente ai problemi dell'immigrato: l'attenzione, non si deve però incentrare unicamente su eventuali parassiti o virus, ma, nei limiti del possibile, sulla dimensione culturale del paziente immigrato.

In una medicina che vuole dirsi transculturale, è necessario tenere presente gli aspetti caratterizzanti le singole culture. Ad esempio, nella cultura orientale è forte il senso di appartenenza alla famiglia intesa come gruppo, oppure è fondamentale obbedire alle leggi religiose e alle tradizioni dei padri, senza poi dimenticare l'importanza della dimensione spirituale e la già citata unione tra corpo e spirito nella concezione della malattia.

Solitamente il paziente immigrato si rivolge ai servizi sanitari in caso di urgenza o di malattia conclamata, ma negli ultimi tempi, specie nel nord Italia, alcune USL hanno iniziato ad occuparsi anche di prevenzione, promuovendo, in particolare, forme di interrelazione atte a favorire un approccio migliore tra il medico, la struttura sanitaria ed il paziente immigrato.

4. La tutela sanitaria dell'immigrato

Dopo la legge 28 febbraio 1990, n°39⁷, conosciuta anche come legge Martelli, tutte le problematiche e le questioni relative alla salute degli immigrati sono state delegate dal legislatore al Servizio Sanitario Nazionale.

Ancora oggi non è però possibile disporre di dati nazionali relativi alla reale fruizione delle prestazioni del S.S.N. da parte degli immigrati, né si è in grado di valutare quanti di essi, pur avendone il diritto, abbiano scelto il proprio medico di Medicina Generale. L'attivazione delle strutture sanitarie pubbliche rispetto all'emergenza imposta dalle immigrazioni nel nostro paese è in ritardo rispetto a quanto viene svolto dai centri del volontariato, a dispetto di quanto previsto nelle disposizioni del D.L. 18 novembre 1995, n°489⁸, e nelle circolari esplicative emanate dal Ministero della Sanità sulla possibilità di assistenza sanitaria agli stranieri (quindi anche agli immigrati extracomunitari non regolari) temporaneamente presenti sul territorio nazionale.

L'articolo 13 di questo decreto consente di tutelare sotto il profilo sanitario le donne gravide, le mamme e i bambini, di estendere la prevenzione e la cura delle malattie e degli infortuni sul lavoro.

La scelta del medico di medicina generale e la possibilità di usufruire di tutti i servizi sanitari di cui alla legge 833/78, istitutiva il S.S.N., sono consentiti al cittadino extracomunitario *regolarizzato* ai sensi degli articolo 6 e 9 della legge 28 febbraio 1990, n°39. L'articolo 6, comma 1, prevede che *“gli stranieri in possesso di permesso di soggiorno hanno diritto all'iscrizione anagrafica presso il comune di residenza secondo le norme in vigore per i cittadini italiani”*.

⁷ Legge 28 febbraio 1990, n°39, *“Conversione in legge con modificazioni, del decreto-legge 30 dicembre 1989, n°416, recante norme urgenti in materia di asilo politico, di ingresso e soggiorno dei cittadini extracomunitari e di regolarizzazione dei cittadini extracomunitari ed apolidi già presenti nel territorio dello stato. Disposizioni in materia di asilo.”*

⁸ D.L. 18 novembre 1995, n°489, recante *“Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione dell'ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione europea”* (Decreto “Dini”).

L'articolo 9 indica le disposizioni riguardanti le assicurazioni, compresa quella di malattia, per i lavoratori extracomunitari, siano essi lavoratori autonomi (commercianti, coltivatori diretti, artigiani e liberi professionisti ecc.) o lavoratori subordinati, iscrizione che si estende ai familiari a carico. Per il cittadino extracomunitario sono previsti gli stessi oneri di partecipazione alla spesa sanitaria del cittadino di nazionalità italiana.

All'articolo 13⁹, il D.L. 18 novembre 1995, n°489, introduce innovativi elementi per l'assistenza sanitaria dei cittadini stranieri, tra i quali anche immigrati *non regolari*, presenti temporaneamente sul territorio dello Stato italiano. Salvo i casi previsti dalla legge italiana, il decreto legge consente ai servizi sanitari pubblici ed accreditati di assicurare le cure occasionali e continuative senza l'obbligo di alcuna segnalazione. Sotto il profilo sanitario vengono ad essere tutelate le donne gravide, le mamme ed i bambini e vengono estese le possibilità di prevenzione e cura degli infortuni sul lavoro. Con questo decreto legge, i soggetti extracomunitari non regolari dovrebbero poter essere assistiti senza incorrere in sanzioni anche dai servizi sanitari pubblici ed accreditati.

La complessità di questo decreto comporta una differenziazione di interpretazioni sul territorio nazionale. Nonostante le prime cure, per esempio, siano garantite dai medici di medicina generale convenzionati con il S.S.N., il citato decreto non fa riferimento alcuno a questa figura professionale. Per ciò che concerne il decreto legge, resta in vigore la norma che consente l'accesso alle strutture sanitarie pubbliche (fatta eccezione per le urgenze e per le specialità di odontoiatria, psichiatria, ginecologia, pediatria, oculistica limitatamente alle prestazioni optometriche) soltanto a seguito di esibizione di una richiesta.

Il cittadino extracomunitario che non sia iscritto al S.S.N., o che non può iscriversi, ha comunque diritto ad accedere alle strutture sanitarie qualora necessiti cure ambulatoriali e deve far fronte successivamente alle spe-

⁹ D.L. 489/95, art. 13 (*Assistenza sanitaria*): "Agli stranieri temporaneamente presenti nel territorio dello Stato sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditate, le cure ambulatoriali ed ospedaliere assistenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio, e sono estesi i programmi di medicina preventiva. È altresì garantita la tutela sociale della maternità responsabile e della gravidanza, come previsto dalle indigenti norme applicabili alle cittadine italiane. L'accesso dello straniero alle strutture sanitarie non può comportare alcun tipo di segnalazione, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano. Salve le quote di partecipazione alla spesa, ove previste, sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti le prestazioni preventive, quelle per la tutela della maternità e della gravidanza, nonché le altre prestazioni individuate con decreto del Ministro della Sanità, adottato di concerto con il Ministro del Tesoro, nell'ambito del fondo sanitario nazionale, utilizzando ove necessario quota parte delle risorse destinate all'emergenza sanitaria e nei limiti dei livelli assistenziali".

se. In caso di indigenza, il Ministero degli Interni deve essere informato dall'ospedale in seguito all'identificazione al fine di ottenere il rimborso delle prestazioni.

Per ciò che concerne i *rifugiati*, nel periodo compreso tra l'arrivo in Italia ed il riconoscimento dello status di rifugiato, i cittadini extracomunitari possiedono un permesso di soggiorno temporaneo che tuttavia non gli consente l'iscrizione al S.S.N.; comunque il profugo usufruisce dell'assistenza sanitaria in attesa di riconoscimento nel periodo in cui si trova nel centro di raccolta.

Si ricorda infine che il diritto alla salute è un diritto inviolabile riconosciuto dall'articolo 32 della Costituzione, in quanto al contempo diritto fondamentale dell'individuo ma anche un interesse della collettività. La Corte Costituzionale, anche prima che venisse istituito il Servizio Sanitario Nazionale, aveva affermato che il diritto alla salute e alle cure ospedaliere era attribuito in ogni caso allo straniero, poiché si tratta di un diritto inalienabile.

L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non deve comportare alcun tipo di segnalazione alle autorità di pubblica sicurezza, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto a parità di condizioni con il cittadino italiano. La struttura sanitaria o il medico di medicina generale, deve in ogni caso provvedere, anche in assenza di documenti d'identità, alla registrazione delle generalità fornite dall'assistito.

Il beneficiario delle prestazioni non può rimanere sconosciuto, per varie ragioni tra cui l'accertamento di eventuali responsabilità degli operatori sanitari e gli adempimenti previsti dall'articolo 4 del "Regolamento di Attuazione, in ordine alle Comunicazioni all'Autorità Consolare" del suo Stato di appartenenza, oltre alla rilevazione dei casi di malattie infettive e diffusive soggette a notifica obbligatoria (vedi capitolo riguardo "denunce obbligatorie").

Quindi l'accesso a tutte le strutture sanitarie e l'assistenza sanitaria degli stranieri non in regola non comporta alcun tipo di segnalazione alle autorità di pubblica sicurezza, da parte delle autorità sanitarie, tranne che l'esigenza di accesso nasca da fatti criminosi procedibili d'ufficio, casi in cui corre l'obbligo del referto o della denuncia di reato¹⁰ (vedi capitolo riguardante "il referto").

¹⁰ N.B. Si ricorda a tal proposito che chiunque, nell'esercizio della professione sanitaria, presti la propria assistenza o opera in casi che *possono* presentare i caratteri di un delitto per cui si deve procedere d'ufficio ed omette di riferirne alla polizia giudiziaria o alla magistratura, commette reato come previsto dagli artt. 365 e 384 c.p. e 334 c.p.p.

6. I Trattamenti sanitari

1. Introduzione

Costituiscono *trattamenti sanitari* tutti quegli atti che l'operatore sanitario compie con scienza, coscienza ed esperienza sulla persona assistita al fine di giovare alla di lui salute o per altro fine utile o lecito. Lo scopo ultimo di ogni trattamento sanitario, sia esso di tipo preventivo¹, diagnostico, terapeutico o riabilitativo², è l'utilità e il beneficio personale e/o sociale. Secondo le disposizioni di legge ne fanno quindi anche parte gli accertamenti sanitari, cioè tutte quelle attività costituenti un atto conoscitivo preliminare a diagnosi e terapia³. In sintesi un trattamento comprende tutto quanto è utile e/o necessario per assicurare il benessere psichico, fisico e sociale dell'uomo.

La vastità degli interventi possibili è bene comprensibile e perfettamente aderente alla definizione di "salute" formulata dall'OMS ("*stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia*"), poiché il compito della medicina è quello di preservare e/o cercare di ristabilire l'equilibrio fisico e/o psichico individuale, premessa necessaria di efficienza e condizione indispensabile per il globale benessere dell'uomo.

La legittimità di un trattamento sanitario trova fondamento sia nell'articolo 32 della Costituzione, "*la Repubblica tutela salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*", sia nella legge n°833 del 23 dicembre 1978 istitutiva il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N. vedi capitolo al riguardo), nelle disposizioni contenute nel Testo Unico (T.U.)

¹ Es. profilassi con sieri e vaccini, l'educazione e informazione sanitaria, ecc.

² Es. termalismo, la riabilitazione funzionale e la terapia occupazionale dei neurolesi, dei cardiopatici, ecc.

³ Es. indagini strumentali o di laboratorio sussidiarie all'esame obiettivo, riscontri relativi al riconoscimento di specifiche idoneità o di stati invalidanti, visite fiscali, perizie, ricerche in tema di paternità, ecc.

delle leggi sanitarie (legge n°1265 del 27 luglio 1934) e altre norme successivamente emanate. Tutte queste regolamentazioni fanno chiaramente emergere l'interesse dello Stato ad autorizzare e controllare le attività sanitarie.

Un trattamento sanitario si qualifica in base alle *persone* che li compiono (abilitate all'esercizio della professione sanitaria⁴), ai *mezzi* da queste *adoperati* (di natura tecnica e riconosciuti dalla scienza ufficiale⁵) al *fine* di conseguire un utile individuale e/o sociale, in seguito al consenso informato (salvo eccezioni, vedi oltre) del *paziente*.

Nella presa in carico e nel trattamento di un paziente, oltre al medico, sono notoriamente coinvolte numerose altre professionalità sanitarie con specifici profili e competenze espressamente normati da diversi decreti ministeriali (vedi capitolo riguardante "Le professioni sanitarie").

A questo riguardo si deve fare una distinzione fra ciò che deve intendersi come *atto sanitario*, *atto terapeutico* e *atto medico*, termini spesso impropriamente usati come sinonimi. Così può definirsi come "sanitario" ogni attività che riguardi latamente non solo la cura della persona ma anche la tutela della salute in generale, attraverso, ad esempio, attività di prevenzione; come "terapeutico", ogni intervento che presupponga l'esecuzione o la semplice somministrazione di un trattamento curativo, mentre la dicitura "atto medico", seppure definibile sia come sanitario sia come terapeutico, racchiude in sé la caratteristica della diagnosi della patologia, della diagnosi differenziale con altre patologie, dell'individuazione dell'approccio più adeguato per la cura e/o prevenzione, dell'identificazione di eventuali altre professionalità utili per la completa presa in carico del soggetto.

In sintesi, se un atto sanitario o terapeutico può essere praticato da diverse categorie professionali sanitarie, un atto medico, cioè quello teso alla diagnosi e segnatamente a quella differenziale, è invece unicamente e chiaramente di pertinenza del medico.

Se da un punto di vista tecnico-professionale il termine "trattamento" indica il modo di affrontare e curare la malattia, in senso più esteso può anche significare modo di rapportarsi al paziente.

⁴ N.B. Lo Stato forma i professionisti con appositi corsi di studio e abilita alla professione, come previsto dall'art. 33 Cost.: "/.../ E' prescritto un esame di Stato per l'ammissione ai vari ordini e gradi di scuola e per la conclusione di essi e per l'abilità all'esercizio professionale /.../". Spetta poi, durante l'esercizio professionale, anche agli Ordini professionali di vigilare sia sul corretto comportamento dei professionisti iscritti, sia sul aggiornamento continuo.

⁵ N.B. Vigè in questo senso sempre l'obbligo dei mezzi, ma non sempre quello del risultato (fatta eccezione delle indagini radiologiche, degli interventi odontoiatrici o di chirurgia estetica).

Premessa di ogni attività sanitaria sono, infatti, alcuni precetti specificamente espressi nei diversi codici deontologici delle professioni sanitarie, quali il rispetto dei diritti della persona⁶, la libera scelta del medico e del luogo di cura⁷ e l'autonomia del cittadino⁸. Nella presa in carico di un paziente, gli operatori devono inoltre garantire prestazioni adeguate e frutto di continuo aggiornamento⁹, seguire le norme riguardanti le prescrizioni e i trattamenti terapeutici¹⁰, rispettare i limiti riguardanti i trattamenti che incidono sulla integrità psico-fisica¹¹, le regole riguardanti la tortura e i trattamenti disumani¹², sapere quale atteggiamento assumere, ad esempio, in caso di rifiuto di nutrirsi¹³, mantenere il segreto professionale (vedi capitolo a riguardo) su tutto quanto riferito dal proprio assistito, ecc. (vedi anche capitolo riguardante "La deontologia").

La legge vigente distingue i trattamenti sanitari in due categorie: quelli volontari e quelli obbligatori.

2. Trattamenti sanitari volontari (T.S.V.)

I *trattamenti sanitari volontari* costituiscono tutti quegli interventi preventivi, diagnostici, curativi e riabilitativi attuati in seguito ad un consenso informato dell'assistito, dallo stesso richiesti o comunque accettati, oppure effettuati con l'assenso di chi esercita la patria potestà (minori) o la tutela (soggetti interdetti).

Le leggi¹⁴ e le regole dell'etica e della deontologia vietano, infatti, ogni trattamento senza un preliminare consenso dell'avente diritto. Il rispetto della volontà del malato e l'assecondare, nei limiti del possibile e del lecito, le richieste ragionevoli e consapevoli del proprio assistito si ispirano ai

⁶ *Diritti dall'assistito*: CdMC artt. 3, 4 e 20 – CdInf artt. 3, 4 e 5 - CdOst art. 3.1 - CdTSRM artt. 2.1, 2.3, 2.6 e 3.1 - CdTSLB art. 10 - CdI.D artt. 1 e 4 - CdE.P Resp. nei confronti dell'utente, punto 1 - CdFt art. 3.

⁷ *Scelta di luogo di cura*: CdMC art. 27 - CdTSLB art. 33, comma 2.

⁸ *Autonomia del cittadino*: CdMC art. 38 - CdInf art. 20 - CdOst art. 3.2 - CdTSRM art. 2.3 - CdI.D artt. 7 e 9 - CdE.P Resp. nei confronti dell'utente, punto 4.

⁹ *Aggiornamento*: CdMC art. 19 - CdInf art. 11 - CdOst artt. 2.1 e 2.2 - CdTSRM art. 2.12 - CdTSLB artt. 2 e 20 - CdI.D punti 12 e 44 - CdE.P Resp. nei confronti della professione, punto 1 - CdFt artt. 18 e 19.

¹⁰ *Prescrizioni e trattamenti*: CdMC art. 13.

¹¹ *Trattamenti incidenti sull'integrità psico-fisica*: CdMC art. 18.

¹² *Tortura e trattamenti disumani*: CdMC art. 52 - CdInf art. 38.

¹³ *Rifiuto consapevole di nutrirsi*: CdMC art. 53.

¹⁴ art. 32 Cost.: ".../ Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. /.../".

principi di correttezza e di bene operare che per l'operatore sanitario devono costituire la regola indeflessibile di condotta.

La volontà del malato di fronte ad una proposta trattamentale può manifestarsi attraverso il consenso, ma anche con il dissenso, da cui la prioritaria rilevanza della corretta e preliminare informazione dell'assistito circa ogni tipo di intervento, affinché questi possa liberamente scegliere.

2.1. Il consenso informato

Il principio di autodeterminazione del paziente è una regola fondamentale del rapporto sanitario-assistito e si fonda sull'inviolabile libertà personale di cui all'articolo 13 della Costituzione che sancisce che *"la libertà personale è inviolabile"*. Infatti, come anche stabilito dalla Corte Costituzionale (1990), ogni trattamento sanitario, ovvero *"ogni attività diagnostica e terapeutica posta a tutela della salute, e quindi atta a prevenire e curare lo stato di malattia"*, richiede che *"l'individuo metta a disposizione il proprio corpo"*, da cui deriva che tali interventi *"incidono nella sfera più intima e privata del soggetto, toccando, fra l'altro, valori che sono oggetto di protezione costituzionale: il diritto alla vita e alla salute, il diritto all'integrità personale, così come la libertà personale"*.

Il riconoscimento giuridico del consenso informato quale legittimazione di ogni trattamento sanitario è stato segnato da varie tappe legislative, tra cui la legge n°833/78, istitutiva il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.), e in particolare l'articolo 1 che definisce il S.S.N. mezzo per dare attuazione a un *"fondamentale diritto dell'individuo"* e l'articolo 33 che sancisce che *"gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono di norma volontari /.../"*. Altri riferimenti alla necessità del consenso dell'assistito, sono, fra altri, contenuti nell'articolo 5 della legge 5 giugno 1990, n°135, concernente la lotta all'AIDS, che stabilisce come nessuno possa essere sottoposto ad analisi per l'accertamento dell'infezione da HIV senza il suo consenso, se non per motivi di necessità clinica e nel suo interesse, oltre a specificare che i risultati di tali esami non possono essere comunicati che alla persona a cui tali esami sono riferiti; nell'articolo 19 del decreto 15 gennaio 1991 del Ministero della Sanità in attuazione alla legge del 4 maggio 1990, n°107, che definisce le trasfusioni di sangue pratiche terapeutiche rischiose per le quali è necessario il consenso informato del ricevente; nel Decreto Ministeriale del 27 aprile 1992, riferito alla sperimentazione dei farmaci, che introduce in Italia le norme europee di *"good clinical practice"* e riconosce essere il consenso informato dei soggetti coinvolti sia una loro tutela sia il fonda-

mento dell'intervento sperimentale stesso, nonché in diversi documenti del comitato nazionale di bioetica, nei codici deontologici e in varie sentenze.

Di fondamentale importanza è inoltre l'articolo 50 c.p.¹⁵ che stabilisce la non punibilità dell'intervento sanitario, inteso come agire sul paziente, in seguito al consenso dell'avente diritto (ciò non significa che non vi possano essere forme di responsabilità professionali in caso di trattamento mal eseguito, vedi capitolo riguardo la responsabilità professionale).

La richiesta e il consenso del paziente a trattamenti sanitari trovano peraltro una limitazione nell'articolo 5 c.c.¹⁶, che vieta di attuare interventi, seppur richiesti e autorizzati, che procurino una diminuzione permanente dell'integrità fisica, contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume. Travalicano comunque il divieto di cui al suddetto articolo alcuni trattamenti particolari e specifici, disciplinati da apposite norme di legge speciali (trapianto di rene o parte di fegato tra viventi, la donazione di sangue e di midollo osseo, e il transessualismo - vedi oltre).

2.1.1. L'informazione

Preliminare a qualsiasi trattamento sanitario è un dialogo informativo atto a stabilire una relazione interpersonale finalizzata a rendere l'assistito libero, in base alle informazioni ricevute, di acconsentire, o meno, alla proposta trattamentale. Infatti, per la validità del consenso al trattamento è assolutamente indispensabile la preliminare adeguata e completa informazione del paziente.

L'informazione circa il trattamento prospettato costituisce un preciso dovere dell'operatore sanitario, tenuto a fornire notizie, indicazioni e delucidazioni, a seconda delle circostanze concrete, al malato, ai suoi familiari, ai colleghi, alle pubbliche amministrazioni, agli enti previdenziali ed assistenziali.

L'informazione al paziente, in particolare, rientra nella cosiddetta *informativa di natura privata* che trova una precisa indicazione sia deontologica sia giuridica, e riguarda il rapporto dell'operatore sanitario con il suo assistito e/o con i di lui familiari.

¹⁵ art. 50 c.p. (*Consenso dell'avente diritto*): "Non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto, col consenso della persona che può validamente disporne".

¹⁶ art. 5 c.c. (*Atti di disposizione del proprio corpo*): "Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume."

Secondo quanto previsto nei codici deontologici, l'informazione su diagnosi, prognosi¹⁷, prospettive ed eventuali alternative terapeutiche, prevedibili conseguenze ed eventuali rischi delle scelte operate¹⁸, deve tenere conto delle capacità di comprensione del paziente, ragion per cui l'operatore sanitario deve adeguare il proprio linguaggio e le notizie fornite alla levatura culturale, alla emotività, alla capacità di discernimento e alla maturità del proprio assistito¹⁹.

L'informazione *chiara, comprensibile, completa, ma ben ponderata*²⁰, e la successiva raccolta dell'eventuale consenso devono costituire un momento ben preciso nella relazione con il paziente, messo nelle migliori condizioni per potere chiedere ed ottenere tutte i chiarimenti che ritiene utili e necessari. Tutti i membri dell'équipe operante ad esempio in un reparto, evitando dannose invasioni di competenze, devono cooperare affinché la procedura informativa raggiunga lo scopo che gli è propria, quella, cioè, di mettere il paziente nella condizione di poter decidere con consapevolezza e libertà su ciò che ritiene utile e vantaggioso per la tutela della propria salute²¹, attraverso sia un consenso sia un diniego.

¹⁷ N.B. A volte l'informazione richiede una certa prudenza, ad esempio quando va comunicata una prognosi infausta o grave, notizia che va fornita usando terminologie non traumatizzanti e che lascino comunque spazio alla speranza.

¹⁸ N.B. Qualora riguardasse particolari rischi di cura, l'informazione dovrà essere certamente chiara e completa, come si conviene, interessando specialmente quelli effettivamente prevedibili, mentre quelli eccezionali o atipici potranno essere presentati nella loro scarsa probabilità di avverarsi.

¹⁹ *Informazione*: CdMC art. 33 - CdInf artt. 19, 20, 23, 24 e 25 - CdOst art. 3.2 - CdTSRM artt. 3.4 e 3.5 - CdTSLB art. 24 - CdI.D art. 8 - CdFt artt. 11, 17 e 23.

²⁰ N.B. L'informazione non deve, infatti, intimorire il paziente al punto di portarlo a rifiutare le indagini diagnostiche e le cure necessarie, solo per avere sopravvalutato rischi eccezionali e terapeuticamente controllabili; anche un siffatto atteggiamento, eccessivamente allarmistico, potrebbe configurare una forma di responsabilità professionale.

²¹ N.B. In questo senso svolge di certo un ruolo importante il personale infermieristico, che si deve, infatti, misurare con il principio del consenso informato in una duplice veste: - da professionista che agisce autonomamente, in uno spazio di competenze e di attribuzioni a lui riconosciute, con le stesse forme e modalità valide per il consenso all'atto medico; - da professionista che agisce in modo indiretto in veste collaborante e di esecuzione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche di carattere medico, verificando, laddove le circostanze lo rendano opportuno, l'effettiva prestazione del consenso da parte del paziente. È possibile che l'infermiere, anche per la sua specifica funzione, si accorga di eventuali carenze informative ovvero venga richiesto dal paziente di fornire delucidazioni su qualche aspetto della sua situazione sanitaria di competenza del medico. In questi casi è opportuno che, prima di sopperire alle lacune informative o di rispondere alle richieste del paziente, si coordini col medico onde evitare di disorientare il paziente con informazioni contraddittorie ovvero non appropriate alla situazione in cui versa il malato. - L'infermiere può essere anche chiamato a presenziare, quale testimone, alla procedura informativa ed alla raccolta da parte del medico del consenso informato al trattamento esclusivamente medico, situazione in cui la responsa-

Una corretta informazione ha inoltre rilevanza giuridica notevole, poiché se insufficiente, superficiale o comunque poco chiara, può rendere un consenso al trattamento non valido, perché fornito per atti eventualmente mal interpretati dall'utente, da cui possibili conseguenze giudiziarie nei confronti del singolo operatore o di una intera équipe sanitaria²².

L'assistito ha peraltro il diritto di richiedere di non essere informato, scelta che va comunque adeguatamente documentata, oppure di delegare, attraverso apposito consenso, altri soggetti ad ottenere in sua vece l'informazione²³, soggetti terzi che possono inoltre essere informati quando vi sia grave pericolo per la vita o la salute di altre persone.

In base a precise disposizioni di legge, alcune *informazioni* sono comunque *sempre obbligatorie* e vanno quindi sempre fornite al paziente. Così questo deve essere informato sul fatto di essere affetto da patologia venerea o malattia infettiva e diffusiva in fase contagiosa, presentandogli inoltre le opportune notizie circa il contenimento del contagio, la donna deve venire edotta circa quanto prevede la legge disciplinante interruzione volontaria di gravidanza (vedi capitolo riguardo legge 194/78 IVG), l'esito dei risultati degli accertamenti diagnostici in caso di AIDS, ecc.

2.1.2. Il consenso

Conclusa la fase informativa, va acquisito il consenso al trattamento prospettato, come previsto anche dai diversi codici deontologici²⁴, e senza il quale ogni intervento è vietato e, quindi, illecito. Inoltre attraverso il rispetto della volontà liberamente espressa dal paziente vengono tutelate e promosse la sua dignità, libertà e autonomia.

bilità della procedura rimane in capo al medico che quindi risponderà di eventuali omissioni al riguardo.

²² N.B. Per assicurare la corretta informazione dei pazienti i responsabili delle diverse strutture assistenziali di ricovero o ambulatoriali, in accordo e collaborazione con gli operatori e la direzione sanitaria, dovrebbero stabilire le modalità organizzative del consenso informato. È quindi opportuno che i responsabili dei diversi reparti predispongano un protocollo, ovvero una procedura che contenga quantomeno le direttive generali in merito al consenso informato, omogenee per tutto il personale dell'équipe operante all'interno della struttura. Infatti, ognuno, nell'ambito delle proprie specifiche competenze tecniche, fissate dalla normativa vigente al riguardo, deve essere messo nella condizione di poter rispondere correttamente ad eventuali domande ed incertezze dei pazienti, evitando inutili dubbi e pericolose interferenze nella misura in cui rischiano di mettere in crisi la relazione eventualmente già instaurata con l'assistito.

²³ *Informazione a terzi*: CdMC art. 34.

²⁴ *Consenso*: CdMC artt. 35 e 38 - CdInf artt. 25 e 37 - CdOst artt. 3.2 e 3.3 - CdTSRM art. 3.10 - CdI.D art. 8.

Requisito per poter dare il proprio consenso al trattamento sanitario è il possesso sia della capacità giuridica (attitudine ad essere titolare di diritti e doveri ed acquisita al momento della nascita), sia della capacità di agire (attitudine a compiere manifestazioni di volontà e acquisita dal soggetto capace di intendere e volere al compimento dei diciotto anni) (vedi capitolo riguardante il codice civile). Età e condizioni psichiche del paziente sono infatti due parametri, la cui valutazione è indispensabile prima di procedere ad un atto sanitario.

In sostanza il consenso deve essere espresso da una persona capace, cioè maggiorenne e non interdetta²⁵, pienamente informata e libera nella determinazione della propria volontà. Nonostante questa regola, viene comunque raccomandato di informare e prendere in considerazione anche l'opinione riguardante i trattamenti proposti espressa dal minore, ovviamente in seguito ad una valutazione della raggiunta maturità psichica. In generale però, il consenso per un trattamento sanitario rivolto al minore e all'interdetto deve essere espresso rispettivamente dall'esercente la patria potestà e dal tutore²⁶.

Il consenso per essere considerato valido deve essere *esplicito*, cioè chiaro, manifesto, preciso ed evidente, *personale*, essere cioè dato dall'interessato stesso (salvo i casi di minori o interdetti, o al momento incapaci di acconsentire), *specifico*, riguardare cioè quel preciso trattamento prospettato, *consapevole*, cioè libero e autonomo in quanto basato su adeguata informazione e libero da pressioni o influenzamenti da parte di terzi, *attuale e contestuale*, emesso quindi al momento in cui viene richiesto, riferito allo specifico tipo di intervento e per il quale esso è unicamente valido, e *sempre revocabile*.

In sintesi, l'atto sanitario è lecito unicamente in presenza di un consenso informato dell'avente diritto e cioè fornito da un paziente maggiorenne, non interdetto, capace di intendere e di volere.

Non necessariamente il consenso deve essere prestato in forma scritta, essendo possibile fornire un valido consenso verbale²⁷, in quanto nel nostro

²⁵ N.B. Costituisce invece una eccezione a questa regola generale, la richiesta e il consenso all'interruzione volontaria di gravidanza (vedi capitolo riguardante la legge 194/78).

²⁶ *Consenso del legale rappresentante*: CdMC art. 37 - N.B. Se il consenso per il minore viene espresso da chi esercita la patria potestà e per l'interdetto dal tutore; l'inabilitato o l'emancipato (vedi capitolo riguardante la capacità di agire) possono acconsentire autonomamente ad un trattamento sanitario, sebbene si possano fare assistere dal rispettivo curatore.

²⁷ N.B. Vi è chi suole parlare di consenso generico e di consenso tacito. Un *consenso generico* sarebbe implicito nella richiesta di visita o di prestazione sanitaria in genere, nonché di ricovero ospedaliero e si riferirebbe a pratiche diagnostiche e terapeutiche normali e, in senso lato, senza particolari rischi per il paziente. Sarebbe *tacito* quel consenso che si de-

ordinamento giuridico vige il principio della libertà della forma di manifestazione della volontà²⁸.

Vi sono tuttavia casi (es. donazioni e trasfusioni di sangue) in cui il legislatore ha stabilito che il consenso debba essere dato per iscritto, da cui la predisposizione di apposita modulistica a riguardo, atta comunque unicamente a documentare una procedura informativa e relazionale effettivamente realizzatasi prima della sottoscrizione. Occorre, infatti, precisare che, in ogni caso, il consenso informato del paziente ha la sola funzione di rendere lecito l'atto sanitario, non sollevando in alcun modo il sanitario da una eventuale responsabilità penale o civile derivante da comportamento doloso o colposo.

Provvedimenti diagnostici e/o terapeutici effettuati in assenza di un consenso potrebbero configurare diversi tipi di reato, dal sequestro di persona (ex art. 605 c.p.) alla violenza privata (ex art. 610 c.p.) (vedi capitolo riguardante reati contro la libertà individuale), al reato di lesioni personali, eventualmente aggravate (ex artt. 582 e 583 c.p., vedi capitolo riguardante le lesioni personali).

3. Lo stato di necessità

Esistono circostanze in cui può non essere possibile ottenere un consenso informato per attuare un trattamento, casi in cui la prestazione sanitaria è prevista come obbligatoria dalla legge (vedi oltre), nonché quelli in cui l'intervento è reso indispensabile e urgente da uno *stato di necessità* concreto, situazione questa espressamente prevista sia dal codice penale (art. 54 c.p.²⁹), sia dai diversi codici deontologici³⁰.

sume da un comportamento che inequivocabilmente dimostra la manifestazione della volontà. Ad esempio, qualora un paziente esce dall'ambulatorio medico con una prescrizione farmaceutica, avrebbe tacitamente acconsentito all'assunzione di un determinato farmaco; se il paziente, su invito dell'infermiere, si prepara per un'iniezione intramuscolare, ciò presupporrebbe che abbia già acconsentito alla cura che il medico ha consigliato.

²⁸ N.B. È comunque auspicabile, specie di fronte ad interventi specifici, o a manovre diagnostico-terapeutiche complesse e rischiose, ottenere un consenso scritto, o per lo meno annotare in cartella l'avvenuto colloquio informativo e l'eventuale consenso, sottoscritto dal paziente, documentazione che comunque varrà solo come testimonianza.

²⁹ art. 54 c.p. (*Stato di necessità*): "Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé o altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo /.../".

³⁰ *Stato di necessità*: CdMC artt. 8 e 36 - CdInf art. 18 – CdI.D. art. 31.

Lo *stato di necessità* esclude la punibilità dell'intervento diagnostico-terapeutico seppur in assenza di un valido consenso, in quanto prevede i casi in cui si deve intervenire immediatamente per la "*necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno alla persona*".

Lo stato di necessità³¹, così come previsto dal codice, si presenta quindi allorquando si è di fronte ad una condizione di pericolo attuale e alla previsione di un danno alla persona e solo allora l'intervento trova una giustificazione.

Perché un pericolo sia "attuale", la condizione del paziente deve essere tale da non permettere alcun differimento nella decisione di intervenire immediatamente, se non al prezzo di gravi conseguenze per la sua salute. Non necessariamente il pericolo deve riguardare la sua vita, in quanto nella dizione "danno alla persona" sono comprese anche gravi e irreparabili conseguenze funzionali (perdita di un arto, della funzione visiva, ecc.)³².

L'atto sanitario deciso in base ad uno stato di necessità, deve naturalmente essere proporzionato alla gravità del danno che si prevede possa realizzarsi.

Lo "stato di necessità" costituisce inoltre uno dei principali fondamenti su cui si basa la liceità dei trattamenti sanitari obbligatori (vedi oltre).

4. Le leggi in deroga all'articolo 5 c.c.

Di norma ogni trattamento sanitario parte dalla richiesta del paziente, richiesta di intervento che trova però una limitazione nel già citato articolo 5 c.c., allorquando provoca una diminuzione permanente dell'integrità psico-fisica. Travalicano questa limitazione specifiche leggi dello Stato, che disciplinano e permettono alcune procedure sanitarie seppur incidenti sull'integrità psico-fisica del soggetto, quali il trapianto da vivente, la donazione di sangue e midollo osseo, la rettificazione del sesso.

³¹ N.B. Queste circostanze possono verificarsi quando le facoltà mentali e la capacità di acconsentire di un soggetto vengono meno a causa di una malattia o di un evento traumatico, situazioni cliniche di emergenza quindi e che richiedono cure tempestive e improcrastinabili e in cui non vi è la possibilità di richiedere un consenso ad un eventuale rappresentante legale.

³² N.B. Uno "stato di necessità" può anche essere invocato qualora i genitori di un minore neghino le cure al proprio figlio, poiché del diritto alla vita e alla salute (diritti personalissimi, fondamentali, intrasmissibili e inalienabili) nessun altro, al di fuori dell'interessato, può disporre. Un comportamento potenzialmente lesivo attuato dal naturale tutore di un minore, può comportare un intervento sanitario contrario alla volontà dei genitori, azione che dovrà, comunque, essere tempestivamente e prudentemente comunicato al giudice tutelare. - CdMC art. 37.

4.1. I Trapianti da vivente

di *Alberto Sella*

Per quanto riguarda la donazione di organi da soggetto *vivente*, la legge italiana consente quella di rene³³ e quella di parti di fegato³⁴ (in questo secondo caso la normativa rimanda integralmente a quella relativa al trapianto di rene).

Pare utile sottolineare che entrambe le leggi sono in deroga al divieto di cui all'articolo 5 c.c. secondo il quale nessuno può disporre liberamente del proprio corpo se ne dovesse derivare una riduzione permanente della propria integrità fisica. La deroga è consentita ai genitori, ai figli, ai fratelli germani o non germani del paziente che siano maggiorenni e solo nel caso in cui il paziente non abbia i consanguinei o nessuno di essi sia idoneo o disponibile, la donazione, sempre e comunque gratuita (art. 6³⁵), può essere consentita anche per altri parenti o donatori estranei.

La donazione di rene o parti di fegato, vietato in assenza del consenso del donatore o di uno stato di necessità (art. 4³⁶), attuabile in specifiche strutture e dopo l'esecuzione di indagini e procedure necessarie (art. 3³⁷),

³³ Legge 26 giugno 1967, n°458, "*Trapianto del rene tra persone viventi*", art. 1: "In deroga al divieto di cui all'art. 5 c.c., è ammesso disporre a titolo gratuito del rene al fine del trapianto tra persone viventi. La deroga è consentita ai genitori, ai figli, ai fratelli germani o non germani del paziente che siano maggiorenni, purché siano rispettate le modalità previste dalla presente legge. Solo nel caso che il paziente non abbia i consanguinei di cui al precedente comma o nessuno di essi sia idoneo o disponibile, la deroga può essere consentita anche per altri parenti e per donatori estranei."

³⁴ Legge 16 dicembre 1999, n°483, "*Norme per consentire il trapianto parziale di fegato*".

³⁵ Legge 458/67, art. 6: "Qualsiasi pattuizione privata che preveda un compenso in denaro o altra utilità in favore del donatore, per indurlo all'atto di disposizione e destinazione, è nulla e di nessun effetto."

³⁶ Legge 458/67, art. 4: "Il trapianto del rene legittimamente prelevato e destinato ad un determinato paziente non può aver luogo senza il consenso di questo o in assenza di uno stato di necessità."

³⁷ Legge 458/67, art. 3: "Il prelievo e il trapianto del rene possono essere effettuati in Centri per i trapianti di organi, in Istituti universitari, ed in Ospedali ritenuti idonei anche per la ricerca scientifica. I Centri, gli istituti e gli Ospedali predetti devono disporre di sanitari particolarmente qualificati per competenza medica, chirurgica, biologica, e devono essere autorizzati del Ministro per la sanità, sentito il parere del Consiglio superiore di sanità e, per gli istituti universitari, anche il parere della I sezione del Consiglio superiore della pubblica istruzione. - Il direttore dell'Istituto che intende eseguire il trapianto del rene, esperite e controllate tutte le indagini necessarie, riunisce in collegio medico i suoi collaboratori con la partecipazione di un medico di fiducia del donatore anche sotto l'aspetto della istocompatibilità, nonché l'esistenza della indicazione clinica al trapianto nel paziente. - Tale verbale conclusivo con un giudizio tecnico favorevole viene rimesso al medico provinciale, il quale,

può essere autorizzata dal pretore, a condizione che il donatore abbia raggiunto la maggiore età, sia in possesso della capacità di intendere e di volere, sia a conoscenza dei limiti della terapia del trapianto tra viventi e sia consapevole delle conseguenze personali che il suo sacrificio comporta (eventuali conseguenze peraltro specificamente tutelate dalle legge, art. 5³⁸). L'atto è sempre revocabile sino al momento dell'intervento chirurgico e non fa sorgere diritti di sorta del donatore nei confronti del ricevente (art. 2³⁹).

In questi casi è necessaria la consultazione psicologico-psichiatrica che mira ad una valutazione complessiva delle condizioni dei candidati al trapianto, in modo da individuare o escludere strutturazioni psichiche potenzialmente o esplicitamente patologiche che potrebbero pregiudicare la collaborazione del paziente nell'iter pre- e post-operatorio. Essa rappresenta l'incontro con la storia del paziente e della sua famiglia, la malattia cronica, i tentativi terapeutici spesso inefficaci, le aspettative, la sostenibilità emotiva del progetto di cura proposto, un percorso di elaborazione per il candidato, indispensabile a confrontarsi con l'evento donazione e con "l'organo altro", una nuova identità e la possibilità di esprimere una scelta consapevole.

L'importanza di un colloquio preparatorio e verificatore è peraltro previsto nel codice deontologico del medico, che precisa inoltre come il tra-

constatata l'ottemperanza alle condizioni del precedente comma, lo trasmette, entro 24 ore, al pretore per il rilascio del nulla osta all'esecuzione del trapianto, di cui all'art. 2."

³⁸ Legge 458/67, art. 5: "Per l'intervento chirurgico del prelievo del rene, il donatore è ammesso dei benefici previsti dalle leggi vigenti per i lavoratori autonomi e subordinati in stato di infermità; è altresì assicurato contro i rischi immediati e futuri inerenti all'intervento operatorio e alla menomazione subita."

³⁹ Legge 458/67, art. 2: "L'atto di disposizione e destinazione del rene in favore di un determinato paziente è ricevuto dal pretore del luogo in cui risiede il donatore o ha sede l'Istituto autorizzato al trapianto. - La donazione di un rene può essere autorizzata, a condizione che il donatore abbia raggiunto la maggiore età, sia in possesso della capacità di intendere e di volere, sia a conoscenza dei limiti della terapia del trapianto del rene tra viventi e sia consapevole delle conseguenze personali che il suo sacrificio comporta. - Il pretore, accertata l'esistenza delle condizioni di cui al precedente comma e accertato altresì che il donatore si è determinato all'atto della donazione di un rene liberamente e spontaneamente, cura la redazione per iscritto delle relative dichiarazioni. - L'atto che è a titolo gratuito e non tollera l'apposizione di condizioni o di altre determinazioni accessorie di volontà, è sempre revocabile sino al momento dell'intervento chirurgico e non fa sorgere diritti di sorta del donatore nei confronti del ricevente. - Il pretore, accertata l'esistenza del giudizio tecnico favorevole al prelievo ed al trapianto del rene contenuto nel referto medico collegiale di cui all'articolo seguente, può concedere, con decreto da emettersi entro tre giorni, il nulla osta all'esecuzione del trapianto. - In caso contrario ed entro lo stesso termine, dichiara, con decreto motivato, il proprio rifiuto. - Contro tale decreto si può porre reclamo con ricorso al Tribunale, che si pronuncia in Camera di consiglio. /.../."

pianto d'organi da vivente, debba essere visto come una risorsa aggiuntiva e non sostitutiva del trapianto da cadavere⁴⁰.

L'importanza e l'obbligo di un colloquio e di un'approfondita indagine psichiatrica e psicologica preliminare sono recentissimamente stati ribaditi in rapporto all'autorizzazione alla donazione di rene cosiddetta "samaritana"⁴¹, effettuata cioè tra persone sconosciute, senza legami affettivi o di parentela, ampliando così la cerchia di persone autorizzate alla donazione di cui all'articolo 1 della legge 458/67.

Ulteriori forme di donazione trapianto garantite e tutelate dalla legge italiana sono quelle relative alla *donazione di sangue*⁴², *emoderivati* e *cellule staminali*⁴³, anche da cordone ombelicale. Questa ultima norma, un'ordinanza di durata annuale⁴⁴, nasce dalla consapevolezza che il trapianto

⁴⁰ N.B. *Prelievo d'organo da vivente*: CdMC art. 41, terzo comma.

⁴¹ N.B. Consiglio Superiore di Sanità, sezione II, seduta del 4 maggio 2010, "Casi di donatore 'samaritano' di rene".

⁴² Decreto 3 marzo 2005 Ministero della Salute Protocolli per l'accertamento della Idoneità del donatore di sangue e di emocomponenti.

⁴³ Legge 21 ottobre 2005, n°219, "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati", art. 3 (*Donazione di sangue, emocomponenti e cellule staminali emopoietiche*): "1. Sono consentiti la donazione di sangue o di emocomponenti, nonché il prelievo di cellule staminali emopoietiche periferiche, a scopo di infusione per allotrapianto e per autotrapianto, e di cellule staminali emopoietiche da cordone ombelicale, all'interno delle strutture trasfusionali autorizzate dalle regioni. - 2. Le attività di cui al comma 1 possono essere effettuate in persone di almeno diciotto anni di età, previa espressione del consenso informato e verifica della loro idoneità fisica. Per le persone di età inferiore ai diciotto anni il consenso è espresso dagli esercenti la potestà dei genitori, o dal tutore o dal giudice tutelare. La partoriente di minore età può donare cellule staminali emopoietiche da cordone ombelicale previa espressione del consenso informato. - 3. La donazione della placenta e del sangue da cordone ombelicale è un gesto volontario e gratuito al quale ogni donna può dare il proprio assenso informato al momento del parto. - 4. I protocolli per l'accertamento della idoneità fisica del donatore e della donatrice e le modalità della donazione di sangue e di emocomponenti, nonché del prelievo di cellule staminali emopoietiche periferiche e da cordone ombelicale, sono definiti con decreto del Ministro della salute. /.../" - art. 4 (*Gratuità del sangue e dei suoi prodotti*): "1. Il sangue umano non è fonte di profitto. Le spese sostenute per la produzione e la distribuzione del sangue e dei suoi prodotti, comprese le cellule staminali emopoietiche, non sono addebitabili al ricevente ed escludono comunque addebiti accessori ed oneri fiscali, compresa la partecipazione alla spesa sanitaria. - 2. Le attività trasfusionali di cui all'articolo 2 rientrano nei livelli essenziali di assistenza sanitaria ed i relativi costi sono a carico del Fondo sanitario nazionale."

⁴⁴ Roma 26 febbraio 2009 Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Ordinanza, "Disposizioni in materia di conservazione di cellule staminali da sangue del cordone ombelicale", art. 1: "1. La conservazione del sangue da cordone ombelicale rappresenta un interesse primario per il Servizio Sanitario Nazionale ed è quindi consentita presso le strutture pubbliche ad essa dedicate. - 2. È consentita la conservazione di sangue da cordone ombelicale donato per uso allogenicò a fini solidaristici ai sensi dell'art. 3, com. 3,

to allogeneico di cellule staminali emopoietiche da sangue del cordone ombelicale in campo terapeutico si è rivelato prezioso per la cura di diverse malattie quali leucemie, linfomi, talassemie e alcune gravi carenze del sistema immunitario; nonché l'interesse e l'impegno del mondo scientifico

legge n°219/2005. - 3. È consentita la conservazione di sangue da cordone ombelicale per uso dedicato al neonato o a consanguineo con patologia in atto al momento della raccolta, per la quale risulti scientificamente fondato e clinicamente appropriato l'utilizzo di cellule staminali da sangue cordonale, previa presentazione di motivata documentazione clinico sanitaria. - 4. È altresì consentita la conservazione di sangue da cordone ombelicale per uso dedicato nel caso di famiglie a rischio di avere figli affetti da malattie geneticamente determinate per le quali risulti scientificamente fondato e clinicamente appropriato l'utilizzo di cellule staminali da sangue cordonale, previa presentazione di motivata documentazione clinico sanitaria rilasciata da parte di un medico specialista nel relativo ambito clinico. - 5. La conservazione di sangue cordonale, per le finalità di cui ai com. 2, 3 e 4, è consentita presso le strutture trasfusionali pubbliche, nonché presso quelle individuate dall'art. 23 della legge n°219/2005 e presso le strutture di cui all'accordo del 10 luglio 2003, autorizzate ed accreditate ai sensi delle disposizioni normative vigenti. - 6. La conservazione di sangue da cordone ombelicale di cui ai com. 3 e 4 è autorizzata dalle Regioni e Province autonome, previa richiesta dei diretti interessati, e non comporta oneri a carico dei richiedenti. - 7. Con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, da emanarsi entro il 31 dicembre 2009, fatto salvo quanto previsto ai com. 3 e 4, viene disciplinata la conservazione di sangue da cordone ombelicale per uso autologo sulla base di indicazioni appropriate sostenute da evidenze scientifiche consolidate.” - art. 2: “1. Fatto salvo quanto disposto dall’art. 1, com. 5, è vietata l’istituzione di banche per la conservazione di sangue da cordone ombelicale presso strutture sanitarie private anche accreditate ed ogni forma di pubblicità alle stesse connesse. - 2. Le banche per la conservazione di sangue da cordone ombelicale di cui all’art. 1, com. 5, sono individuate ed autorizzate dalle Regioni e dalle Province autonome sulla base della normativa vigente e dei relativi piani sanitari regionali; tali banche devono operare in conformità ai requisiti previsti dal Decreto Legislativo 191/2007 e dalla normativa vigente in materia trasfusionale.” - art. 3: “1. L’autorizzazione alla esportazione di campioni di sangue da cordone ombelicale per uso autologo è rilasciata di volta in volta dalla Regione o dalla Provincia autonoma di competenza, sulla base di modalità definite con Accordo Stato Regioni. - 2. Nelle more della definizione dell’Accordo di cui al comma 1, l’autorizzazione alla esportazione di campioni di sangue cordonale per uso autologo è rilasciata dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dietro richiesta dei soggetti, diretti interessati che non ricorrendo le condizioni di cui ai com. 3 e 4, per la conservazione ad uso autologo del sangue cordonale sul territorio nazionale, previo counselling con il Centro Nazionale Trapianti, e previo accordo con la Direzione sanitaria sede del parto, decidano di conservare detti campioni a proprie spese presso banche operanti all'estero. - 3. La richiesta di esportazione deve contenere le seguenti informazioni e documentazione: a) generalità e dati anagrafici dei genitori richiedenti; b) paese e struttura di destinazione; c) posto di frontiera e mezzo di trasporto; d) data presunta del parto, e) idonea certificazione redatta dalla Direzione sanitaria della struttura sede del ricovero, ove viene raccolto il campione, attestante: - la negatività ai markers infettivologici dell'epatite B, C e dell'HIV, eseguiti sul siero materno nell'ultimo mese di gravidanza; - la rispondenza del confezionamento ai requisiti previsti in materia di spedizione e trasporto di materiali biologici, nel rispetto delle normative vigenti nazionali e regionali; f) documentazione attestante l'avvenuto counselling. /.../”

internazionale ad esplorare altri possibili orizzonti che aprano a nuovi percorsi terapeutici l'impiego di cellule staminali da sangue cordonale, che ad oggi appaiono sempre meno lontani⁴⁵.

Infine nell'ambito della donazione pubblica era già contemplata e correttamente praticata la raccolta del sangue cordonale per uso cosiddetto "dedicato", ovvero conservato esclusivamente per quel bambino o per quella famiglia, nella quale già esista una patologia o un alto rischio di avere ulteriori figli affetti da malattie geneticamente determinate, riconosciute essere suscettibili di un utilizzo scientificamente fondato e clinicamente appropriato di cellule staminali da sangue cordonale.

Per concludere, appare utile ricordare che la valutazione dell'ipotesi di trapianto è imprescindibile dal prendere in attenta considerazione il rapporto rischio-beneficio cui il candidato ricevente andrà incontro. Basti pensare non solo al rischio di rigetto del nuovo tessuto da parte dell'organismo ospite, ma anche alla possibile trasmissione di malattie infettive, croniche, sistemiche o caratteristiche dell'organo donato⁴⁶.

⁴⁵ N.B. Inoltre sull'onda di informazioni diffuse dai mass media sono state elaborate convinzioni promuoventi la conservazione del sangue cordonale per un possibile futuro uso proprio (autologo), allo stato attuale non sostenute da adeguate evidenze scientifiche.

⁴⁶ N.B. Ad esempio si dovrà tenere conto del livello di *rischio* di un donatore che tenga comportamenti che lo esponano alla possibilità di acquisizione dell'infezione da HIV: i test sierologici oggi disponibili consentono di ridurre il periodo della finestra sierologia (tempo che trascorre dal momento dell'avvenuta infezione alla possibilità tecnica di documentarla) a circa 22 giorni mentre i test biomolecolari (HIV-RNA su sangue periferico) portano tale periodo a circa 11 giorni dall'avvenuto contagio. È quindi evidente che se non è possibile risalire con certezza al momento di un eventuale "contatto" potenzialmente infettante non esiste indagine diagnostica in grado di azzerare il rischio. Al donatore dovrà essere quindi attribuito un livello di rischio "non valutabile" e solo gli organi salvavita per riceventi urgenti potranno essere utilizzati. Va inoltre aggiunto che qualora il donatore avesse avuto un documentato "contatto" ad alto rischio di acquisizione dell'infezione da HIV nelle due settimane precedenti la donazione, sarebbe stato opportuno, previa corretta informazione e acquisizione di consenso informato scritto, offrire gli organi salvavita e contemporaneamente somministrare al/ai riceventi una terapia antiretrovirale per i primi 30 giorni post-trapianto, analogamente a quanto avviene per i soggetti (operatori sanitari) che si espongono accidentalmente all'infezione da HIV. Infine si ricorda che organi, inclusi i reni, da donatori HIV-negativi ma ad elevato rischio di infezione da HIV possono essere offerti a candidati con infezione da HIV. - A titolo esemplificativo, e sempre nell'ottica del bilancio rischio-beneficio, si ricorda che se appare ovvio che eliminando il limite di età per l'utilizzo dei donatori il numero delle donazioni aumenta facendo aumentare il numero di organi disponibili (soprattutto fegato e reni) dal punto di vista clinico l'outcome di questi trapianti non appare significativamente influenzato dall'età del donatore, almeno nel breve-medio periodo. Ovvero organi di soggetti più anziani non sono, come ci potrebbe immaginare, necessariamente o più probabilmente degli organi con patologie croniche intrinseche. Ad esempio il riscontro di neoplasia non nota in una buona percentuale di donatori di età avanzata è una

4.2. Il transessualismo

Altra norma che supera la disposizione di cui all'articolo 5 c.c. è quella concernente il *transessualismo*.

Si definisce transessuale⁴⁷ la persona in cui vi è una discordanza fra sesso somatico (sesso biologico, il genotipo, cioè) e identificazione sessuale (la consapevolezza, cioè, della appartenenza al genere maschile o femminile, il cosiddetto sesso psicologico). La diagnosi di transessualismo può essere posta unicamente su soggetti adulti o comunque su individui che hanno superato l'adolescenza e che abbiano, da almeno due anni, manifestato in modo continuo e persistente il desiderio di sbarazzarsi dei caratteri sessuali primari e secondari propri del sesso somatico per acquisire invece quelli del sesso opposto⁴⁸.

Si tratta di un disturbo dell'identità di genere, in cui il soggetto (maschio o femmina), sebbene non neghi la propria realtà somatica, si sente appartenere al sesso opposto, condizione questa che gli causa gravi sofferenze, quali ansia, depressione, solitudine ed emarginazione, situazione palesemente in contrasto con il diritto alla salute latamente inteso.

Viste queste premesse, con la legge n°164 del 14 aprile 1982⁴⁹, veniva sancito il diritto di ognuno alla propria identità sessuale che tenga appunto conto della soggettiva identificazione sessuale, che può anche non corrispondere al sesso genetico (e quindi anche anagrafico), ricorrendo in quest'ultimo caso ad una richiesta di rettificazione dell'attribuzione di sesso.

In base alla suddetta legge, l'autorizzazione al cambiamento di sesso segue un preciso iter procedurale⁵⁰: la persona interessata (ovviamente in

realtà ma quel che conta è che, grazie alle Linee Guida attualmente in vigore in Italia, le neoplasie sono state riscontrate quasi tutte prima del trapianto degli organi. I casi di riscontro post-trapianto sono stati pochissimi e senza trasmissione della neoplasia al ricevente. Attualmente quindi il bilancio rischio beneficio del trapianto, pur in presenza di una numerosità elevata di donatori di età avanzata, appare sicuramente a favore del trapianto.

⁴⁷ N.B. Il transessualismo non va confuso con il *travestitismo* (abitudine di indossare abiti del sesso opposto) o con l'*omosessualità* (comportamento o attrazione sentimentale o sessuale tra individui dello stesso sesso).

⁴⁸ N.B. I soggetti (somaticamente maschi o femmine) presentano sin dalla tenera età comportamenti ed atteggiamenti propri dell'altro sesso e un deciso rifiuto e disgusto per i propri organi sessuali. Crescendo iniziano a richiedere al medico la prescrizione di cure ormonali al fine di poter incidere almeno sulle caratteristiche sessuali secondarie.

⁴⁹ Legge 14 aprile 1982, n°164, "*Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso*", art. 1: "La rettificazione di cui all'art. 454 c.c. si fa anche in forza di sentenza del tribunale passata in giudicato che attribuisca ad una persona sesso diverso da quello enunciato nell'atto di nascita a seguito di intervenute modificazioni dei suoi caratteri sessuali."

⁵⁰ Legge 164/82, art. 2: "La domanda di rettificazione di attribuzione di sesso di cui all'art. 1 è proposta con ricorso al tribunale del luogo dove ha residenza l'attore. Il presiden-

possessione della capacità di agire) deve personalmente presentare domanda al Tribunale del luogo di residenza, che, se lo ritiene necessario, dispone una consulenza tecnica medico-legale per accertare le effettive condizioni psicosessuali del richiedente⁵¹. Una volta accertata la sussistenza di un'autentica sindrome transessuale, il Tribunale può autorizzare il trattamento medico-chirurgico⁵² per l'adeguamento dei caratteri sessuali. Allo stesso tempo ordina all'ufficiale di Stato civile la rettificazione anagrafica del sesso e del nome, da effettuarsi però solo dopo che la persona abbia provveduto sia al trattamento autorizzato sia alla sua opportuna documentazione⁵³.

5. Trattamenti sanitari obbligatori (T.S.O.)

5.1. Introduzione

I *trattamenti sanitari obbligatori* costituiscono l'eccezione alla regola generale della volontarietà all'atto sanitario e trovano la loro legittimazione nella Costituzione, che, sempre all'articolo 32, secondo comma, afferma che *“nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”*

te del tribunale designa il giudice istruttore e fissa con decreto la data per la trattazione del ricorso e il termine per la notificazione al coniuge e ai figli. Al giudizio partecipa il pubblico ministero ai sensi dell'art. 70 c.p.c.. Quando è necessario, il giudice istruttore dispone con ordinanza l'acquisizione di consulenza intesa ad accertare le condizioni psico-sessuali dell'interessato. Con la sentenza che accoglie la domanda di rettificazione di attribuzione di sesso il tribunale ordina all'ufficiale di stato civile del comune dove fu compilato l'atto di nascita di effettuare la rettificazione nel relativo registro.”

⁵¹ N.B. L'indagine tecnica medico-legale è finalizzata a dimostrare la presenza di un transessualismo irreversibile, fondato quindi sulla coscienza e volontà di appartenere al sesso opposto a quello somatico e anagrafico. Si tratta quindi di un esame volto ad escludere che alla base di una richiesta di rettificazione del sesso vi sia una condizione patologica psichiatrica o meno (schizofrenia o altre psicosi, ritardo mentale, endocrinopatie, alcolismo, ecc.). - Legge 164/82, art. 3: “Il tribunale, quando risulta necessario un adeguamento dei caratteri sessuali da realizzare mediante trattamento medico-chirurgico, lo autorizza con sentenza. In tal caso il tribunale, accertata la effettuazione del trattamento autorizzato, dispone la rettificazione in camera di consiglio.”

⁵² N.B. Oltre all'operazione chirurgica demolitoria-ricostruttiva, il soggetto deve ricevere anche una assistenza endocrinologica e psicologica adeguata.

⁵³ Legge 164/82, art. 4: “La sentenza di rettificazione di attribuzione di sesso non ha effetto retroattivo. Essa provoca lo scioglimento del matrimonio o la cessazione degli effetti civili conseguenti alla trascrizione del matrimonio celebrato con rito religioso. /.../”. - art. 5: “Le attestazioni di stato civile riferite a persona della quale sia stata giudizialmente rettificata l'attribuzione di sesso sono rilasciate con la sola indicazione del nuovo sesso e nome.”

Esistono quindi limiti alla libertà decisionale del singolo per quanto riguarda alcuni specifici trattamenti sanitari, previsti da imprescindibili e apposite disposizioni di legge. Si tratta di situazioni in cui la tutela della salute della collettività può prevalere sui diritti del singolo, tanto che la sua sottoposizione ad un trattamento sanitario può non essere spontanea o avvenire contro la sua volontà. In queste circostanze, eccezionali e specificamente normate, l'effettiva e specifica tutela della salute pubblica può rendere legittima la violazione della libertà individuale⁵⁴. I trattamenti e gli accertamenti sanitari obbligatori trovano, infatti, giustificazione nel principio generale che lo Stato persegue contestualmente la salvaguardia della salute individuale e collettiva. Il trattamento sanitario obbligatorio (T.S.O.), specie quello previsto per il malato di mente (vedi capitolo riferito alla tutela del sofferente psichico), non deve però essere inteso unicamente come una misura di difesa sociale, ma come estremo tentativo di prendersi cura di un soggetto le cui condizioni di salute necessitano di un intervento urgente ed idoneo, necessità queste non riconosciute dal paziente.

In base a quanto previsto dall'articolo 32 Cost. un cittadino può quindi *essere obbligato* a sottoporsi ad un determinato trattamento sanitario unicamente se questo è previsto e *disciplinato da apposite leggi* dello Stato, se risponde ad *una reale necessità*, giustificata dalla tutela della salute pubblica e/o finalizzata alla salvaguardia della salute e della incolumità del paziente, oltre a dover essere attuato osservando i limiti imposti dal *rispetto della persona*, cioè la libertà e la dignità dell'uomo, senza rinunciare alla ricerca del consenso, all'informazione circa il trattamento e ad ogni altro utile e lecito espediente idoneo ad attenuare il carattere coattivo e coercitivo del trattamento imposto.

Il compito di dettare la disciplina generale degli accertamenti e dei trattamenti sanitari volontari e obbligatori è stato conferito dal legislatore alla legge n°833/78, istitutiva del S.S.N., che ha dato attuazione al dettato costituzionale prevedendo un regime separato dei trattamenti obbligatori non relativi alle malattie mentali (art. 33⁵⁵) e di quelli propri delle malattie men-

⁵⁴ N.B. In questo senso va precisato però che il diritto del cittadino alla salute, implica anche di dovere dello stesso di curarsi ed anzi di prevenire le malattie e di contrastare i fattori di rischio.

⁵⁵ Legge 833/78, art. 33 (*Norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori*): "Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari. Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l'art. 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura. Gli

tali (artt. 34 e 35, vedi capitolo a riguardo), con particolare riferimento al trattamento urgente in condizioni di degenza ospedaliera. I citati articoli della legge n°833/78 ricalcano esattamente quanto era già disposto nella legge n°180, anch'essa del 1978, disciplinante i "Trattamenti sanitari volontari e obbligatori".

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti dal Sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria locale, su proposta motivata di un medico.

Ogni accertamento o trattamento obbligatorio, attuato nei presidi e servizi sanitari pubblici territoriali e, quando sia necessaria la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate, deve offrire le garanzie personali previste dalla legge, cioè il rispetto della dignità del paziente, la salvaguardia dei suoi diritti civili e politici, il diritto, quando è possibile, della libera scelta del medico e del luogo di cura, nonché quello di comunicare con chi ritenga opportuno nel corso del trattamento obbligatorio, cercando comunque sempre di ottenere il consenso e la partecipazione da parte di colui che lo deve subire. Al fine di ridurre al minimo il numero degli interventi obbligatori, va inoltre attuata la prevenzione e l'educazione sanitaria degli utenti.

Durante un trattamento sanitario obbligatorio, chiunque ne abbia interesse può chiedere che questo venga revocato o modificato, richiesta sulla quale il Sindaco decide entro 10 giorni.

5.2. Trattamenti obbligatori non coattivi e coattivi

I trattamenti sanitari obbligatori possono essere suddivisi in due tipologie: quelli in cui la legge parla di obbligo, ma che *non* sono *coattivi*, e quel-

accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata di un medico. Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate. Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato. L'unità sanitaria locale opera per ridurre il ricorso ai suddetti trattamenti sanitari obbligatori, sviluppando le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria ed i rapporti organici tra servizi e comunità. Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio. Sulle richieste di revoca o di modifica il sindaco decide entro 10 giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato."

li che possono invece essere effettivamente imposti, ovvero i trattamenti *coattivi*.

- **a.** Sono *non coattivi* tutti quei trattamenti nei quali l'obbligo è sostanziato solo indirettamente⁵⁶ e comprendono:

1.) le *lesioni da infortunio sul lavoro* e le *malattie professionali* (D.P.R. 30 giugno 1965, n°1124), in quanto l'infortunato o il tecnopatico non può, senza giustificato motivo, rifiutare di sottoporsi alle cure mediche e chirurgiche che l'Istituto assicuratore INAIL ritenga necessarie per elidere o attenuare le conseguenze invalidanti, rifiuto che potrebbe portare alla perdita dell'indennità per inabilità temporanea e la riduzione della rendita a quella misura presunta alla quale sarebbe stata ridotta se l'assicurato si fosse sottoposto alle cure prospettate;

2.) le *infermità e i difetti fisici o mentali* che danno luogo a una *invalidità o inabilità pensionabile* (R.D.L. n°1827, 4 ottobre 1935, art. 83), allorché l'assicurato o il pensionato rifiuta, senza giustificato motivo, di sottoporsi ai trattamenti medico-chirurgici o al ricovero in idoneo luogo di cura per evitare o limitare l'instaurarsi dell'invalidità, rifiuto che può comportare la sospensione delle prestazioni economiche;

3.) le *vaccinazioni obbligatorie* (antitetanica, antidifterica, antipoliomielitica, antitubercolare, antiepatite B, ecc., e altre, nel caso l'individuo voglia esercitare determinate professioni);

- **b.** Sono soggette a trattamento sanitario obbligatorio, eventualmente, *coatto*:

1.) le *malattie infettive e diffusive* (T.U. leggi sanitarie, n°1265, 27 luglio 1934, art. 253, e D.M. 5 luglio 1975), per le quali esista l'obbligo di notifica, di visite preventive, di vaccinazioni a scopo profilattico, di cura attuata mediante l'isolamento domiciliare, di ricovero in reparti ospedalieri⁵⁷, nonché l'applicazione delle misure previste per le malattie infettive quarantenarie e gli interventi contro le epidemie e le epizoozie;

2.) le *malattie veneree in fase contagiosa* (legge n°837, 25 luglio 1956, art. 6), per le quali è fatto obbligo al venereopatico, che rifiuti le cure volontarie, di sottoporsi alla cura radicale e ad altre misure idonee ad evitare

⁵⁶ Es. chi non si sottopone al trattamento obbligatorio, non può accedere alle scuole, a certi luoghi di lavoro, a impianti sportivi, oppure perde il diritto ad alcune prestazioni o a determinati vantaggi.

⁵⁷ N.B. Un isolamento nella fase contagiosa può essere: - *fiduciario*, se la gestione è affidata ai familiari della persona malata; - *assistenziale*, se la sua gestione è affidata a personale sanitario; - per *piantonamento*, quando il controllo è affidato alla forza dell'ordine pubblico.

il contagio venereo⁵⁸, non escluso il ricovero ospedaliero disposto di autorità, fino alla scomparsa delle manifestazioni contagiose (blenorragia, ulcera molle, lue e linfogranulomatosi inguinale)⁵⁹.

3.) le *malattie mentali* (legge 833/78, art. 34) trattate in condizioni di degenza ospedaliera, qualora le alterazioni psichiche siano tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, gli stessi non siano accettati dall'infermo e non sia possibile adottare tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere (vedi capitolo a riguardo).

L'attuazione di un T.S.O. richiede l'osservanza di specifiche norme sia deontologiche, quali adempiere tempestivamente agli obblighi di informativa alle autorità sanitarie e giudiziarie⁶⁰, rispettare i diritti della persona, adottare mezzi contenitivi solo in caso di effettiva necessità⁶¹, ecc., sia assistenziali, quali soddisfare bisogni del paziente non autosufficiente, vigilare affinché non possa nuocere a sé o ad altri, potendo un'assistenza carente o omissiva configurare diverse ipotesi di reato quali: omicidio colposo (art. 589 c.p.); lesioni personali colpose (art. 590 c.p.); abbandono di persone minori o incapaci (art. 591 c.p.); abuso di mezzi di correzione o di disciplina (art. 571 c.p.); maltrattamenti in famiglia o verso i fanciulli (art. 572 c.p.) o omissione di soccorso (art. 593 c.p.) (per approfondimenti si rimanda ai capitoli relativi).

5.3. Accertamenti sanitari obbligatori (A.S.O.)

Oltre ai trattamenti sanitari obbligatori, sono previsti specifici *accertamenti sanitari obbligatori* (A.S.O.), eseguiti mediante visite cliniche ed

⁵⁸ N.B. Al fine di evitare il trattamento coatto, il medico deve informare il paziente circa la contagiosità e quindi pericolosità della malattia per la collettività. Una mancata informazione potrebbe avere anche ripercussioni di responsabilità penale se l'infezione dovesse diffondersi. Il paziente ha il diritto di essere visitato e curato presso gli appositi Dispensari anti-venerei o presso qualsiasi altra struttura pubblica e di usufruire gratuitamente dei servizi di consultazione anche generica degli ospedali pubblici, oltre ad essere ricoverato e curato gratuitamente anche in condizione di degenza.

⁵⁹ N.B. La legge n°837 prevede inoltre l'obbligo di *Denuncia delle malattie veneree* in fase di contagiosità, segnalazione da presentarsi al servizio di Igiene pubblica dell'ASL di competenza, indicando età, sesso, comune di residenza della persona malata, omettendo però ogni altra indicazione sulla sua identità, e le informazioni ricevute circa la fonte del contagio. La notifica deve invece essere nominativa, qualora specifiche ragioni di sanità pubblica lo impongano oppure l'assistito non effettui o interrompa le cure.

⁶⁰ T.S.O.: CdMC art. 74.

⁶¹ *Coercizione*: CdMC art. 51- CdInf art. 30.

esami strumentali o di laboratorio, allo scopo di dimostrare l'esistenza di requisiti di idoneità a determinate occupazioni o attività⁶².

Sono poi specificatamente normati: - *l'accertamento della sieropositività all'HIV*, obbligatoria solo per l'assunzione in alcuni corpi militari o di polizia e nel quadro della legge n°135, 5 giugno 1990, "Prevenzione e lotta contro l'AIDS"; - *l'accertamento dello stato di ebbrezza da alcol o da sostanza stupefacente*, ai sensi degli articoli 186 e 187 del Nuovo codice della Strada (D.L. n°285, 30 aprile 1992). Il guidatore comunque rifiutarsi, evenienza in cui gli agenti indicano come probanti le circostanze dalle quali hanno dedotto lo stato di ebbrezza realizzando così una condizione di punibilità; - *l'accertamento circa la presenza di malattie sessualmente trasmissibili* in caso di accusa di violenza sessuale ex legge 66/96⁶³ (vedi capitolo al riguardo).

⁶² Es. la visita medica obbligatoria per i lavoratori addetti ad attività rischiose e le visite periodiche per controllare e tutelare lo stato di salute dei lavoratori stessi; le visite per i soggetti che fanno sport agonistico e non; le visite antidoping; ecc.

⁶³ N.B L'art. 16 della legge n°66 del 15 febbraio 1996, prevede che l'imputato di violenza sessuale sia sottoposto, con le forme della perizia, ad accertamenti per l'individuazione di patologie sessualmente trasmissibili, qualora le modalità del fatto possano prospettare un rischio di trasmissione delle patologie medesime.

7. Riservatezza, segreto professionale e privacy

1. Introduzione

La riservatezza e il segreto professionale fanno parte dei precetti più remoti della deontologia medica e nel tempo hanno conosciuto una sempre maggiore attenzione e tutela¹ e ciò anche in relazione ad una progressiva scomparsa della connotazione "privatistica" del rapporto operatore sanitario-paziente in favore di una serie di relazioni interpersonali più o meno spersonalizzate e alla sempre maggiore collaborazione fra strutture diverse, con inevitabile diffusione di dati riguardanti uno stesso paziente, collaborazione però sempre finalizzata a promuovere la salute psico-fisica di quest'ultimo.

Riservatezza e segretezza sono due concetti strettamente embricati fra loro, in quanto il diritto alla prima racchiude in sé quello della seconda, che rappresenta un aspetto speciale della riservatezza stessa e alla quale l'ordinamento giuridico assicura una incisiva tutela.

La *riservatezza* è indispensabile per un corretto rapporto fra personale sanitario e assistito e si riferisce alla sfera privata di ognuno, nella quale, senza l'autorizzazione dall'interessato, non ci devono essere intromissioni da parte di terzi. Essere riservati significa operare con circospezione, discrezione, rispetto, cautela, moderazione, prudenza, tatto e ritegno².

¹ *Segreto professionale*: CdMC artt. 10, 11 e 12 - CdInf artt. 26 e 28 - CdOst artt. 3.5 e 3.6 - CdTSRM artt. 3.7 e 3.8 - CdTSLB artt. 13, 14 e 15 - CdI.D artt. 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 e 23 - CdE.P Resp. nei confronti dell'utente: punto 6 - CdFt artt. 6, 7, 8 e 9.

² N.B. La *riservatezza* si esprime, ad esempio, nella discrezione nel raccogliere l'anamnesi, o nell'assunzione di notizie sul paziente da parte dei familiari, nelle modalità attuative l'esame obiettivo e le ispezioni corporee, rispettando i sentimenti e il pudore del malato, evitando quindi palpazioni prolungate e inopportune, denudamenti non necessari, atteggiamenti poco riguardosi ecc.

La *segretezza* riguarda invece tutti i fatti più strettamente connessi alla professione e su cui esiste il dovere di osservare il silenzio più assoluto³.

Il segreto⁴ costituisce sempre qualche cosa che afferisce alla sfera privata e intima del soggetto (salute, onore, famiglia, credo religioso, ideologia politica, ecc.) e diventa un vincolo tra operatore sanitario e il paziente, che impegna il primo a non rivelare ciò che ha appreso confidenzialmente oppure per ragioni professionali. Il segreto assume quindi carattere professionale quando l'apprendimento di una notizia è collegato con l'esercizio della professione stessa⁵.

Il segreto professionale racchiude in sé fondamenti sia etici e deontologici, in quanto costituisce un dovere connesso alla coscienza del professionista, sia e specialmente dettami del diritto pubblico e precisamente del codice penale che vieta all'operatore sanitario la rivelazione di segreti *senza giusta causa*.

I precetti deontologici del segreto professionale, che peraltro richiamano quanto previsto dalla norma di legge, richiedono al sanitario e ai suoi collaboratori di mantenere segrete tutte le notizie apprese dal paziente per ragioni professionali, vincolo che permane anche oltre la morte dell'assistito o la cancellazione dell'operatore dal proprio Albo professionale. Una rivelazione del segreto, a parole, per iscritto, attraverso cenni, gesti o allusioni, a persone estranee al rapporto confidenziale e professionale, costituisce una mancanza grave, specie quando ne possa derivare profitto proprio o altrui, ovvero un nocumento della persona assistita. L'unico titolare del segreto è, infatti, il paziente stesso e senza il di lui consenso nulla di ciò che si è appreso per motivi professionali può essere rivelato⁶. Così si deve mantenere il riserbo anche nei confronti dei familiari dell'assistito nel caso in cui questi non abbia preventivamente autorizzato la loro informazione⁷.

³ N.B. La guida europea di etica medica afferma, infatti, che "*il medico è necessariamente il confidente del paziente: egli deve garantire il segreto totale su tutte le informazioni raccolte e sugli accertamenti eseguiti su di lui.*"

⁴ N.B. Può essere fatta una distinzione fra *segreto naturale*, proveniente da rapporti di intimità tra persone per nulla obbligate a scambiarsi confidenze, e il *segreto professionale* derivante dalla posizione del malato il quale, costretto a ricorrere all'opera del sanitario, deve necessariamente rendere noti fatti personali, sui quali in altre circostanze, forse, tacerebbe.

⁵ N.B. La notizia può essere appresa direttamente dal paziente, durante la visita, la compilazione dell'anamnesi, o dalla lettura dei risultati di esami eseguiti, ma anche in modo indiretto attraverso confidenze, notizie fornite dai parenti, oppure essere solamente intuuta durante delle visite domiciliari.

⁶ N.B. A questo riguardo è ormai prassi la preliminare raccolta dei nominativi delle persone autorizzate dal paziente a conoscere notizie riguardanti la sua salute.

⁷ Es. la perdita verginità, una interruzione volontaria di gravidanza; l'uso di contraccettivi; ecc., non vi è nemmeno l'obbligo di riferire ai genitori notizie apprese da un minore.

Ancora in sintonia con quanto previsto dalla legge, i precetti deontologici fanno riferimento ad alcune circostanze in cui la rivelazione del segreto è ammessa, o meglio imposta per legge, e cioè quando il sanitario si trovi di fronte ad una *giusta causa*, rappresentata dalle evenienze in cui egli deve adempiere a precisi obblighi previsti dalla legge (denunce e referto all'Autorità Giudiziaria, denunce sanitarie, notifiche di malattie infettive, certificazioni obbligatorie). Diverso è invece il discorso per quanto riguarda la testimonianza davanti al giudice, situazione in cui il sanitario non deve riferire "su fatti e circostanze inerenti il segreto professionale".

Oltre a disciplinare il segreto, i codici deontologici si soffermano anche sulla riservatezza, tutela, comunicazione, diffusione e il trattamento dei dati personali e sensibili, ricalcando le direttive previste dalla legge n°675 del 1996 sulla privacy (vedi oltre).

2. Il segreto professionale ex articolo 622 c.p.

Da un punto di vista strettamente giuridico può essere definito come "segreto" ogni fatto che per disposizione di legge o per determinazione di una volontà giuridicamente autorizzata, è destinato a rimanere patrimonio esclusivo del legittimo depositario.

Come già accennato il segreto professionale costituisce *in primis* un precetto penale, disciplinato dall'articolo 622 c.p.⁸.

Analizzando detto articolo, si evince come si tratti di un *delitto procedibile a querela della parte offesa* (il paziente), querela inoltrabile nel caso in cui dalla rivelazione del segreto "può derivare un nocumento", essendo sufficiente anche la sola possibilità di un nocumento in seguito alla rivelazione senza "*giusta causa*", oppure in seguito all'impiego "*a proprio o altrui profitto*"⁹. Si tratta quindi di un cosiddetto *reato di pericolo* (il legislatore

⁸ art. 622 c.p. (*Rivelazione di segreto professionale*): "Chiunque, avendo notizia, per ragioni del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte, di un segreto, lo rivela, senza giusta causa ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto, è punito, se dal fatto può derivare nocumento, con la reclusione fino a un anno e con la multa da € 30,99 a € 516,46. Il delitto è punibile a querela della persona offesa."

⁹ Es. L'impiego *a proprio profitto* si può, ad es., concretizzare qualora il sanitario, senza rivelare ad alcuno la notizia riservata appresa nell'esercizio professionale, cerca di trarre un utile personale da una speculazione finanziaria a proprio vantaggio e a danno dall'assistito da cui ha avuto notizia al riguardo. L'impiego *a profitto altrui* può invece aversi, qualora, ad es., il sanitario, senza trarne vantaggi personali, ma per pura compiacenza o scarsa avvedutezza, risponda a sollecitazioni di terzi, interessati a conoscere le condizioni di salute di un paziente in vista, ad es., di fidanzamenti, matrimoni, prognosi infauste o imminente morte, arrecando così al paziente un possibile danno.

usa la parola “può”). L'elemento psicologico di questa fattispecie di reato è il *dolo*, ossia la volontà di svelare un segreto con la consapevolezza di agire senza giusta causa, o rivelandolo a proprio o altrui profitto, a prescindere dalla intenzione di recare nocimento.

L'“assenza di giusta causa”, sussiste quando il segreto viene comunicato a persona estranea al rapporto confidenziale e professionale, senza che vi sia alcuna giustificazione in una norma di diritto o in una ragione plausibile.

La rivelazione di un segreto non costituisce quindi reato qualora esistano “*giuste cause*”, rappresentate da tutte quelle circostanze in cui la diffusione stessa trova una giustificazione legale, deontologica o morale.

Le giuste cause *legali* provengono dal diritto positivo e possono suddividersi in *imperative*, quando impongono al sanitario un obbligo inderogabile, *scriminative*, qualora facciano venire meno l'antigiuridicità del fatto, o *scusanti*, se escludano la colpevolezza dell'autore della rivelazione.

a. Le norme *imperative* provengono dalle disposizioni di legge e obbligano il sanitario fornire notizie che altrimenti sarebbero coperte dal segreto più rigoroso. Tali evenienze riguardano le denunce sanitarie obbligatorie (vedi capitolo a riguardo), referti o denunce di reato (vedi capitolo a riguardo), certificazioni obbligatorie, dichiarazioni o relazioni concernenti fatti di natura professionale, le perizie e le consulenze tecniche, le notizie ottenute da ispezioni corporali ordinate dal giudice, i risultati delle visite medico legali di controllo. In queste circostanze l'operatore sanitario deve però limitarsi a riferire unicamente ciò che viene espressamente richiesto dall'autorità competente, rimanendo vincolato dal segreto per tutte le altre notizie riguardanti il rapporto professionale.

b. Come per ogni altro tipo di reato, anche per la rivelazione del segreto professionale sono previste norme *scriminanti*. Così, non è punibile il sanitario che abbia violato il segreto avendone ricevuto il consenso dal paziente o di chi ne abbia la legale rappresentanza (art. 50 c.p.¹⁰); in ogni caso egli può essere autorizzato, ma non obbligato, alla rivelazione.

Non sussiste inoltre violazione di segreto quando ricorre il “caso fortuito o la forza maggiore” (art. 45 c.p.¹¹); quando il sanitario sia stato costretto alla rivelazione mediante “violenza fisica” (art. 46 c.p.¹²) cui non poteva

¹⁰ art. 50 c.p. (*Consenso dell'avente diritto*): “Non è punibile che lede o pone in pericolo un diritto, col consenso della persona che può validamente disporne”.

¹¹ art. 45 c.p. (*Caso fortuito o forza maggiore*): “Non è punibile che ha commesso il fatto per caso fortuito o per forza maggiore”. - Es. caso in cui si verifichi lo smarrimento di agende professionali o di documenti clinici.

¹² art. 46 c.p. (*Costringimento fisico*): “Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato da altri costretto, mediante violenza fisica, alla quale non poteva resistere o co-

resistere o comunque sottrarsi; quando egli sia caduto in buona fede nell'“errore di fatto” (art. 47 c.p.¹³), oppure sia stato tratto in “errore dall'altrui inganno” (art. 48 c.p.¹⁴) riferendo notizie a persone credute o fattesi credere prossimi congiunti del malato. Neppure ricorre la violazione del segreto per il sanitario che abbia agito esercitando un proprio diritto o adempiuto a un dovere impostogli dalla legge o da un ordine legittimo della pubblica autorità (art. 51 c.p.¹⁵), oppure quando sia stato costretto alla rivelazione da uno “stato di necessità” (art. 54 c.p.¹⁶), o quando abbia agito per “legittima difesa” (art. 52 c.p.¹⁷).

c. Esistono infine le cosiddette *giustificazioni sociali*, situazioni che possono verificarsi allorché entra in conflitto l'interesse privato del paziente con l'interesse pubblico della collettività. Il codice deontologico tace la circostanza e non prende posizione sui casi in cui il dovere professionale all'informativa e il diritto del paziente alla segretezza si pongono in contrasto col diritto della società alla sicurezza individuale e collettiva. Così mentre la società è difesa contro il pericolo di epidemie essendo obbligatoria la denuncia delle malattie infettive e diffuse, non altrettanta protezione è, ad esempio, prevista nel caso in cui l'addetto a un pubblico servizio sia affetto da una malattia (difetti sensoriali, epilessia, turbe psichiche ecc.) che potrebbe compromettere la sicurezza del servizio stesso e porre in pericolo l'incolumità di altre persone. In queste circostanze il sanitario, dopo avere esperito ogni tentativo di persuadere il proprio paziente di curarsi o cam-

unque sottrarsi. In tal caso del fatto commesso dalla persona costretta risponde l'autore della violenza”.

¹³ art. 47 c.p. (*Errore di fatto*): “L'errore sul fatto che costituisce il reato esclude la punibilità dell'agente. /.../”.

¹⁴ art. 48 c.p. (*Errore determinato dall'altrui inganno*): “Le disposizioni dell'articolo precedente si applicano anche se l'errore sul fatto che costituisce il reato è determinato dall'altrui inganno; ma, in tal caso, del fatto commesso dalla persona ingannata risponde chi l'ha determinata a commetterlo”.

¹⁵ art. 51 c.p. (*Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere*): “L'esercizio di un diritto o l'adempimento di un dovere imposto da una norma giuridica o da un ordine legittimo della Pubblica Autorità, esclude la punibilità. /.../”.

¹⁶ art. 54 c.p. (*Stato di necessità*): “Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo. /.../. - Es. ricorrere all'aiuto di persone estranee per portare il soccorso urgente ad un infermo.”

¹⁷ art. 52 c.p. (*Difesa legittima*): “Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di difendere un diritto proprio od altrui contro il pericolo attuale di una offesa ingiusta, sempre che la difesa sia proporzionata all'offesa. /.../. - Es. quando con la rivelazione l'operatore abbia dovuto difendere la propria reputazione professionale in seguito a false accuse, quali, ad es. avere compiuto atti disdicevoli nei confronti di una paziente.”

biare mestiere, può essere colto dal dubbio se sia suo dovere rivelare la notizia oppure restare fedele al vincolo del segreto a rischio di rendersi partecipe, col suo silenzio, di possibili nocimenti a terzi. Se decide di parlare, egli potrebbe giustificare la rivelazione invocando la causa socialmente rilevante, cioè il giusto fine, il bilanciamento degli interessi e altri fondamenti scriminanti, non contrari ai principi generali dell'ordinamento giuridico. In ogni caso è necessario procedere con equilibrio, cautela e buon senso.

3. Segreto professionale e testimonianza

Il problema della *testimonianza* del sanitario di fronte al Giudice è disciplinato dal codice di procedura penale (art. 200 c.p.p.¹⁸), che riconosce agli esercenti una professione sanitaria il diritto di astenersi dal deporre su quanto hanno conosciuto per ragioni della propria della professione, salvi i casi in cui abbiano l'obbligo di riferire all'autorità giudiziaria (referto e rapporto, vedi capitolo a riguardo). L'astenersi dalla testimonianza costituisce però unicamente un diritto, non un obbligo, essendo il professionista libero di decidere a secondo delle circostanze, assumendosi comunque la responsabilità della propria decisione. Se, però, il giudice ha motivo di dubitare che la dichiarazione resa dal sanitario per esimersi dal deporre sia infondata, provvede agli accertamenti necessari e se dovesse risultare infondata, ne può ordinare la deposizione.

4. Segreto d'ufficio ex articolo 326 c.p.

Il codice penale prevede inoltre la *rivelazione del segreto di ufficio* (art. 326 c.p.¹⁹), fattispecie di reato rivolta a professionisti qualificabili come

¹⁸ art. 200 c.p.p. (*Segreto professionale*): "1. Non possono essere obbligati a deporre su quanto hanno conosciuto per ragione del proprio ministero, ufficio o professione, salvi i casi in cui hanno l'obbligo di riferirne all'autorità giudiziaria: /.../ c) i medici e i chirurghi, i farmacisti, le ostetriche e ogni altro esercente una professione sanitaria; - 2. Il giudice, se ha motivo di dubitare che la dichiarazione resa da tali persone per esimersi dal deporre sia infondata, provvede agli accertamenti necessari. Se risulta infondata, ordina che il testimone deponga. /.../".

¹⁹ art. 326 c.p. (*Rivelazione di segreti di ufficio*): "Il pubblico ufficiale o la persona incaricata di un pubblico servizio che, violando i doveri inerenti alle funzioni o al servizio, o comunque abusando della sua qualità, rivela notizie di ufficio, le quali debbano rimanere segrete, o ne agevola in qualsiasi modo la conoscenza, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni. Se l'agevolazione è soltanto colposa, si applica la reclusione fino a un anno".

pubblici ufficiali o incaricati di un pubblico servizio (vedi capitolo relativo).

Si tratta di un delitto contro la Pubblica Amministrazione dello Stato e di altri Enti pubblici, di cui viene leso l'interesse al regolare svolgimento di qualsiasi attività amministrativa pubblica. A differenza della fattispecie prevista all'articolo 622 c.p., la rivelazione del segreto d'ufficio costituisce un *reato procedibile d'ufficio*, anziché a querela di parte e ne è prevista anche l'agevolazione colposa.

Con la qualifica di pubblico ufficiale o di incaricato di un pubblico servizio, i sanitari sono quindi soggetti anche al segreto di ufficio (art. 201 c.p.p.²⁰) con l'obbligo di astenersi dal deporre sui fatti conosciuti per ragioni del loro ufficio che debbono rimanere segreti, tranne i casi in cui abbiano il dovere di riferire all'autorità giudiziaria (vedi capitolo riguardante la denuncia di reato).

5. Trasmissione del segreto

Notoriamente, per poter erogare prestazioni sanitarie di carattere diagnostico, curativo o preventivo, esiste spesso l'esigenza di un lavoro di équipe e quindi la compartecipazione di diverse figure professionali nonché il coinvolgimento di specifiche strutture o enti assistenziali, ragion per cui vi è la necessità di *trasmettere* il segreto.

La trasmissione consiste nel rendere partecipi del segreto professionale altre persone o enti interessati allo stesso caso, a loro volta però vincolati dall'obbligo del segreto per ragione di professione o di ufficio.

La trasmissione del segreto ad altre persone o strutture presuppone che il passaggio di notizie sia reso *necessario da motivi sanitari*, organizzativi o amministrativi, si attui col *consenso implicito o esplicito* dell'assistito e nel *suo esclusivo interesse*, rimanga *circoscritto nell'ambito dei servizi sanitari e assistenziali interessati e avvenga tra persone tutte abilitate* a conoscere il segreto professionale e, a loro volta, *vincolate* al segreto medesimo.

²⁰ art. 201 c.p.p. (*Segreto d'ufficio*): "1. Salvi i casi in cui hanno l'obbligo di riferirne all'autorità giudiziaria, i pubblici ufficiali, i pubblici impiegati e gli incaricati di un pubblico servizio hanno l'obbligo di astenersi dal deporre su fatti conosciuti per ragioni del loro ufficio che devono rimanere segreti. /.../".

6. Tutela della privacy

di Davide Torri

6.1. Normativa e definizioni

Una sempre maggiore sensibilità della società contemporanea verso le indebite ingerenze nella sfera privata del cittadino ha portato con sé l'esigenza di integrare, in tempi relativamente recenti, la preesistente normativa in tema di tutela della riservatezza, al fine di assicurare al singolo individuo adeguate garanzie di rispetto della propria privacy.

In particolare il rapido sviluppo degli strumenti informatici, che ha permesso l'efficiente gestione di ingentissime quantità di dati ma che ne consente altresì un'altrettanto rapida ed efficace diffusione, ha imposto in tempi recenti una riflessione sulla reale adeguatezza degli strumenti normativi esistenti in ordine alla tutela della riservatezza dei dati personali.

Precisamente allo scopo di produrre una norma idonea a garantire la privacy, anche in un panorama dominato da un sempre più facile accesso alle informazioni grazie ai mezzi elettronici, il Governo italiano ha promulgato, nel 1996, una prima legge intesa alla tutela della riservatezza (Legge n°675, "*Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali*"), cui hanno fatto seguito negli anni successivi ulteriori interventi legislativi²¹.

Tra questi il D.Lgs. 30 giugno 2003, n°196, "*Codice in materia di protezione dei dati personali*", viene a dare ordinamento organico e sistematico alle disposizioni relative al trattamento dei dati personali, con specifico riferimento all'ambito sanitario.

Tale testo stabilisce preliminarmente i *principi fondamentali* cui devono ispirarsi le procedure di trattamento dei dati personali, riconoscendo anzitutto al cittadino il *diritto alla protezione dei dati personali*²² ed indicando quale propria finalità quella di garantire che il trattamento degli stessi avvenga nel *rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'interessato*²³.

²¹ Tra gli altri: Decreto Legislativo 11 maggio 1999, n°135, "*Disposizioni integrative della L. 31 dicembre 1996 n. 675 in materia di trattamento di dati sensibili da parte di soggetti pubblici*."

²² D.Lgs. 196/2003, art. 1, com. 1: "Chiunque ha diritto alla protezione dei dati personali che lo riguardano".

²³ D.Lgs. 196/2003, art. 2, com. 1: "Il presente testo unico /.../ garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali".

Il decreto introduce altresì il *principio di necessità nel trattamento dei dati*, secondo il quale i sistemi informatici devono essere configurati in modo da utilizzare dati personali e identificativi soltanto in caso di necessità, procedendo pertanto in via ordinaria attraverso il trattamento di dati anonimi.

La norma, all'articolo 4, provvede poi una serie di definizioni²⁴ utili a circoscrivere in modo puntuale gli ambiti semantici dei termini utilizzati, tra le quali: - *dato personale*: qualunque informazione relativa a persona fisica, persona giuridica, ente od associazione, *identificati o identificabili, anche indirettamente*, mediante riferimento a qualsiasi altra informazione, ivi compreso un numero di identificazione personale; - *dato identificativo*: dato personale che permette l'*identificazione diretta* dell'interessato; - *dato sensibile*: dato personale idoneo a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché lo *stato di salute* e la vita sessuale; - *interessato*: la persona fisica, giuridica, l'ente o l'associazione cui si riferiscono i dati personali; - *responsabile*: la persona fisica, giuridica, la pubblica amministrazione e qualsiasi altro ente, associazione od organismo *preposto dal titolare*²⁵ al trattamento di dati personali; - *incaricato*: la *persona fisica autorizzata a compiere operazioni di trattamento* dal titolare o dal responsabile; - *trattamento*: qualunque operazione o complesso di operazioni, effettuata anche senza l'ausilio di strumenti elettronici, concernente la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, la consultazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione di dati, anche se non registrati in una banca di dati; - *comunicazione*: il dare conoscenza dei dati personali a uno o più *soggetti determinati* diversi dall'interessato, dal rappresentante del titolare nel territorio dello Stato, dal responsabile e dagli incaricati, in qualunque forma, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione; - *diffusione*: il dare conoscenza dei dati personali a *soggetti indeterminati*, in qualunque forma, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione; - *Garante*: l'*autorità* di cui all'articolo 153, istituita dalla legge 31 dicembre 1996, n°675²⁶; - *misure minime*: il complesso

²⁴ D.Lgs. 196/2003, art. 4 (*Definizioni*).

²⁵ N.B. Per "titolare" (da non confondere con "interessato"), si intende la persona fisica, giuridica, la pubblica amministrazione e qualsiasi altro ente, associazione od organismo cui competono le decisioni inerenti il trattamento dei dati personali.

²⁶ N.B. *Il Garante è un organo collegiale costituito da quattro componenti*, due dei quali eletti dalla Camera dei deputati e due dal Senato della Repubblica, scelti tra persone che

delle misure tecniche, informatiche, organizzative, logistiche e procedurali di sicurezza che configurano il *livello minimo di protezione* richiesto in relazione ai rischi previsti nell'articolo 31²⁷.

6.2. Diritti dell'interessato

Al Titolo II (*Diritti dell'interessato*) il D.Lgs. 196/2003 individua i diritti esercitabili dall'interessato; tra essi ricordiamo il diritto a ottenere²⁸: - conferma circa l'esistenza di dati personali che lo riguardano; - indicazione dell'origine dei dati personali; - informazioni circa finalità e modalità del trattamento dei dati;

assicurano indipendenza e sono riconosciuti esperti di diritto o di informatica. I componenti eleggono tra loro un presidente il cui voto prevarrà in caso di parità. Presidente e componenti restano in carica per quattro anni e non possono essere confermati più di una volta. (Vedi D.Lgs. 196/2003, art. 153 (*Il Garante*)).

²⁷ D.Lgs. 196/2003, art. 31 (*Obblighi di sicurezza*), comma 1: "I dati personali oggetto di trattamento sono custoditi e controllati, anche in relazione alle conoscenze acquisite in base al progresso tecnico, alla natura dei dati e alle specifiche caratteristiche del trattamento, in modo da ridurre al minimo, mediante l'adozione di idonee e preventive misure di sicurezza, i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta". - art. 33 (*Misure minime*): "Nel quadro dei più generali obblighi di sicurezza di cui all'art. 31, o previsti da speciali disposizioni, i titolari del trattamento sono comunque tenuti ad adottare le misure minime individuate nel presente capo o ai sensi dell'art. 58, com. 3, volte ad assicurare un livello minimo di protezione dei dati personali". - art. 34 (*Trattamenti con strumenti elettronici*): "Il trattamento di dati personali effettuato con strumenti elettronici è consentito solo se sono adottate, /.../ le seguenti misure minime: a) autenticazione informatica; b) adozione di procedure di gestione delle credenziali di autenticazione; c) utilizzazione di un sistema di autorizzazione; d) aggiornamento periodico dell'individuazione dell'ambito del trattamento consentito ai singoli incaricati e addetti alla gestione o alla manutenzione degli strumenti elettronici; e) protezione degli strumenti elettronici e dei dati rispetto a trattamenti illeciti di dati, ad accessi non consentiti e a determinati programmi informatici; f) adozione di procedure per la custodia di copie di sicurezza, il ripristino della disponibilità dei dati e dei sistemi; g) tenuta di un aggiornato documento programmatico sulla sicurezza; h) adozione di tecniche di cifratura o di codici identificativi per determinati trattamenti di dati idonei a rivelare lo stato di salute o la vita sessuale effettuati da organismi sanitari". - art. 35 (*Trattamenti senza l'ausilio di strumenti elettronici*): "Il trattamento di dati personali effettuato senza l'ausilio di strumenti elettronici è consentito solo se sono adottate /.../ le seguenti misure minime: a) aggiornamento periodico dell'individuazione dell'ambito del trattamento consentito ai singoli incaricati o alle unità organizzative; b) previsione di procedure per un'idonea custodia di atti e documenti affidati agli incaricati per lo svolgimento dei relativi compiti; c) previsione di procedure per la conservazione di determinati atti in archivi ad accesso selezionato e disciplina delle modalità di accesso finalizzata all'identificazione degli incaricati".

²⁸ D.Lgs. 196/2003, art. 7 (*Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti*).

- logica applicata nel trattamento dei dati per via elettronica;
- *estremi identificativi di titolare, responsabili e rappresentante designato*;
- indicazione dei *soggetti cui i dati potranno essere comunicati* o che potranno venirne a conoscenza;
- aggiornamento, rettificazione o integrazione dei dati;
- *cancellazione, trasformazione in forma anonima o blocco dei dati* trattati in violazione di legge.

L'interessato ha altresì diritto ad *opporsi, in tutto od in parte, al trattamento* di dati personali che lo riguardano.

6.3. Regole generali per il trattamento dei dati

Il D.Lgs. 196/2003 stabilisce al Capo I (*Regole per tutti i trattamenti*) le norme generali cui deve attenersi il trattamento dei dati personali entro qualsiasi ambito ed a qual si voglia fine.

A) Modalità del trattamento e requisiti dei dati:

L'articolo 11 (*Modalità del trattamento e requisiti dei dati*) del D.Lgs. 196/2003 statuisce che i dati personali oggetto di trattamento devono essere: - trattati in modo lecito e secondo correttezza; - raccolti e registrati per *scopi determinati, espliciti e legittimi*, e possono essere utilizzati in altre operazioni compatibili con tali scopi; - *esatti* e, se necessario, *aggiornati*; - pertinenti, completi e *non eccedenti rispetto alle finalità* per le quali sono raccolti o trattati; - conservati in una forma che consenta l'identificazione dell'interessato per un periodo di tempo non superiore a quello necessario alle finalità della raccolta o del trattamento.

B) Informativa:

L'articolo 13 (*Informativa*) del D.Lgs. 196/2003 stabilisce che l'interessato, o la persona presso la quale sono raccolti i dati personali devono essere informati, allorché sia ad essi prospettata l'eventualità di un trattamento dei dati medesimi, in modo da garantire loro la piena fruizione dei diritti di cui sopra, ed altresì, tra gli altri, in merito a: - *obbligatoria o facoltatività* del conferimento dei dati; - conseguenze di un eventuale rifiuto al trattamento.

C) Responsabilità:

L'attività di trattamento di dati personali è sottoposta al dettato del codice civile in materia di responsabilità per *l'esercizio di attività pericolose*²⁹,

²⁹ art. 2050 c.c. (*Responsabilità per l'esercizio di attività pericolose*): "Chiunque cagiona danno ad altri nello svolgimento di un'attività pericolosa, per sua natura o per la natura

alle quali il trattamento di tali dati è equiparato. Pertanto chiunque cagiona danno ad altri per effetto del trattamento di dati personali è tenuto al risarcimento, ai sensi dell'articolo 2050 c.c.³⁰.

Mancanze od inadempienze nell'espletamento di specifiche operazioni connesse al trattamento dei dati, ovvero violazioni del dettato legislativo in merito, inoltre, possono ricadere entro determinate fattispecie di *violazione amministrativa*³¹ (sanzionate mediante *pagamento di una somma monetaria* ed eventualmente mediante comminazione di *sanzioni amministrative accessorie*) o d'*illecito penale*³² (punite con la *reclusione* o con un'*ammenda*, eventualmente integrate da pene accessorie).

6.4. Trattamento dei dati in ambito sanitario

Ad integrazione delle regole generali più sopra descritte, il D.Lgs. 196/2003 provvede una serie d'indicazioni intese ad una più adeguata regolamentazione del trattamento dati all'interno di specifici e peculiari ambiti operativi (giudiziario, giornalistico, etc.).

In particolare, per quanto di nostro interesse, il trattamento dei dati in ambito sanitario è disciplinato entro una specifica sezione del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n°196³³, che contempla le modalità secondo le quali i *dati personali idonei a rivelare lo stato di salute*³⁴ devono essere trattati dagli *esercenti le professioni sanitarie* e dagli organismi sanitari pubblici.

È previsto che tali figure possano trattare i dati sensibili *con il consenso dell'interessato* ed anche *senza l'autorizzazione del Garante* se la *finalità* perseguita è quella di tutelare la *salute* o l'*incolumità fisica dell'interessato*³⁵.

dei mezzi adoperati, è tenuto al risarcimento, se non prova di avere adottato tutte le misure idonee a evitare il danno”.

³⁰ D.Lgs. 196/2003, art. 15 (*Danni cagionati per effetto del trattamento*).

³¹ D.Lgs. 196/2003, artt. 161 – 166.

³² D.Lgs. 196/2003, artt. 167 – 172.

³³ D.Lgs. 196/2003, artt. 75 - 94.

³⁴ N.B. Per ciò stesso annoverabili, come visto più sopra, nella categoria dei dati sensibili.

³⁵ D.Lgs. 196/2003, art. 76 (*Esercenti professioni sanitarie e organismi sanitari pubblici*): “1. Gli esercenti le professioni sanitarie e gli organismi sanitari pubblici, anche nell'ambito di un'attività di rilevante interesse pubblico ai sensi dell'art. 85, trattano i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute: a) con il consenso dell'interessato e anche senza l'autorizzazione del Garante, se il trattamento riguarda dati e operazioni indispensabili per perseguire una finalità di tutela della salute o dell'incolumità fisica dell'interessato; b) anche senza il consenso dell'interessato e previa autorizzazione del Garante, se la finalità di cui alla lettera a) riguarda un terzo o la collettività. - 2. Nei casi di cui al com. 1 il consenso può essere pre-

Qualora il fine sia proteggere *salute o incolumità di un terzo o della collettività*, il trattamento può avvenire *anche senza il consenso dell'interessato, previa autorizzazione del Garante*.

A) Informativa:

In merito ai doveri d'informativa è previsto che il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta informino l'interessato, in merito al trattamento dei dati personali, in forma chiara e comprensibile³⁶, *preferibilmente per iscritto*³⁷.

B) Consenso:

Il consenso al trattamento dei dati può essere manifestata *con un'unica dichiarazione, anche oralmente*. In tali casi il consenso è documentato tramite annotazione dell'esercente la professione sanitaria o dell'organismo sanitario pubblico³⁸.

stato con le modalità semplificate di cui al capo II. - 3. Nei casi di cui al com.1 l'autorizzazione del Garante è rilasciata, salvi i casi di particolare urgenza, sentito il Consiglio superiore di sanità.”.

³⁶ N.B. È in particolare richiesto che il medico renda comprensibili gli elementi indicati all'art. 13 (*Informativa*), comma 1.

³⁷ D.Lgs. 196/2003, art. 78 (*Informativa del medico di medicina generale o del pediatra*): “1. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta informano l'interessato relativamente al trattamento dei dati personali, in forma chiara e tale da rendere agevolmente comprensibili gli elementi indicati nell'art. 13, com. 1. - 2. L'informativa può essere fornita per il complessivo trattamento dei dati personali necessario per attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal medico o dal pediatra a tutela della salute o dell'incolumità fisica dell'interessato, su richiesta dello stesso o di cui questi è informato in quanto effettuate nel suo interesse. - 3. L'informativa può riguardare, altresì, dati personali eventualmente raccolti presso terzi, ed è fornita preferibilmente per iscritto, anche attraverso carte tascabili con eventuali allegati pieghevoli, includendo almeno gli elementi indicati dal Garante ai sensi dell'art. 13, com. 3, eventualmente integrati anche oralmente in relazione a particolari caratteristiche del trattamento. - 4. L'informativa, se non è diversamente specificato dal medico o dal pediatra, riguarda anche il trattamento di dati correlato a quello effettuato dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, effettuato da un professionista o da altro soggetto, parimenti individuabile in base alla prestazione richiesta, che: a) sostituisce temporaneamente il medico o il pediatra; b) fornisce una prestazione specialistica su richiesta del medico e del pediatra; c) può trattare lecitamente i dati nell'ambito di un'attività professionale prestata in forma associata; d) fornisce farmaci prescritti; e) comunica dati personali al medico o pediatra in conformità alla disciplina applicabile. - 5. L'informativa resa ai sensi del presente articolo evidenzia analiticamente eventuali trattamenti di dati personali che presentano rischi specifici per i diritti e le libertà fondamentali, nonché per la dignità dell'interessato, in particolare in caso di trattamenti effettuati: a) per scopi scientifici, anche di ricerca scientifica e di sperimentazione clinica controllata di medicinali, in conformità alle leggi e ai regolamenti, ponendo in particolare evidenza che il consenso, ove richiesto, è manifestato liberamente; b) nell'ambito della teleassistenza o telemedicina; c) per fornire altri beni o servizi all'interessato attraverso una rete di comunicazione elettronica.”

³⁸ D.Lgs. 196/2003, art. 81 (*Prestazione del consenso*): “1. Il consenso al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute, nei casi in cui è necessario ai sensi del presente

C) Casi particolari e di emergenza:

È previsto³⁹ che informativa e consenso al trattamento dei dati possano intervenire *senza ritardo, successivamente alla prestazione*, in caso di *emergenza sanitaria o di igiene pubblica, impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere o di volere dell'interessato*⁴⁰, qualora vi sia *rischio grave, imminente ed irreparabile per la salute* dell'interessato ovvero in caso di prestazione medica che può essere pregiudicata dall'acquisizione preventiva del consenso, in termini di tempestività o efficacia.

D) Comunicazione di dati all'interessato:

La comunicazione all'interessato⁴¹ dei dati personali inerenti lo stato di salute⁴² spetta al medico designato dall'interessato o dal titolare, che può

codice o di altra disposizione di legge, può essere manifestato con un'unica dichiarazione, anche oralmente. In tal caso il consenso è documentato, anziché con atto scritto dell'interessato, con annotazione dell'esercente la professione sanitaria o dell'organismo sanitario pubblico, riferita al trattamento di dati effettuato da uno o più soggetti e all'informativa all'interessato, nei modi indicati negli artt. 78, 79 e 80. - 2. Quando il medico o il pediatra fornisce l'informativa per conto di più professionisti ai sensi dell'art. 78, com. 4, oltre quanto previsto dal com. 1, il consenso è reso conoscibile ai medesimi professionisti con adeguate modalità, anche attraverso menzione, annotazione o apposizione di un bollino o tagliando su una carta elettronica o sulla tessera sanitaria, contenente un richiamo al medesimo art.78, com. 4, e alle eventuali diverse specificazioni apposte all'informativa ai sensi del medesimo comma.

³⁹ D.Lgs. 196/2003, art. 82 (*Emergenze e tutela della salute e dell'incolumità fisica*): "1. L'informativa e il consenso al trattamento dei dati personali possono intervenire senza ritardo, successivamente alla prestazione, nel caso di emergenza sanitaria o di igiene pubblica per la quale la competente autorità ha adottato un'ordinanza contingibile ed urgente ai sensi dell'art. 117 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n°112. - 2. L'informativa e il consenso al trattamento dei dati personali possono altresì intervenire senza ritardo, successivamente alla prestazione, in caso di: a) impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere o di volere dell'interessato, quando non è possibile acquisire il consenso da chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato; b) rischio grave, imminente ed irreparabile per la salute o l'incolumità fisica dell'interessato. - 3. L'informativa e il consenso al trattamento dei dati personali possono intervenire senza ritardo, successivamente alla prestazione, anche in caso di prestazione medica che può essere pregiudicata dall'acquisizione preventiva del consenso, in termini di tempestività o efficacia. - 4. Dopo il raggiungimento della maggiore età l'informativa è fornita all'interessato anche ai fini della acquisizione di una nuova manifestazione del consenso quando questo è necessario."

⁴⁰ N.B. Soltanto allorché non sia possibile acquisire il consenso da chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato (art. 82, com. 2).

⁴¹ N.B. O ai soggetti di cui all'art. 82, com. 2, lettera a).

⁴² D.Lgs. 196/2003, art. 84 (*Comunicazione di dati all'interessato*): "1. I dati personali idonei a rivelare lo stato di salute possono essere resi noti all'interessato o ai soggetti di cui all'art. 82, com. 2, lettera a), da parte di esercenti le professioni sanitarie ed organismi sanitari, solo per il tramite di un medico designato dall'interessato o dal titolare. Il presente

altresi agire in qualità di tramite per organismi sanitari o terzi esercenti professioni sanitarie.

Non di meno il titolare o il responsabile possono *autorizzare per iscritto esercenti le professioni sanitarie diversi dai medici* a comunicare dati personali inerenti lo stato di salute all'interessato⁴³. Nell'atto d'incarico saranno indicate modalità e cautele secondo le quali detto trattamento dei dati potrà avvenire.

E) Misure organizzative:

Il D.Lgs. 196/2003 individua altresì⁴⁴, oltre ai principi generali inerenti la tutela della privacy in ambito sanitario e le regole per il trattamento dei

comma non si applica in riferimento ai dati personali forniti in precedenza dal medesimo interessato. - 2. Il titolare o il responsabile possono autorizzare per iscritto esercenti le professioni sanitarie diversi dai medici, che nell'esercizio dei propri compiti intrattengono rapporti diretti con i pazienti e sono incaricati di trattare dati personali idonei a rivelare lo stato di salute, a rendere noti i medesimi dati all'interessato o ai soggetti di cui all'art. 82, com. 2, lettera a). L'atto di incarico individua appropriate modalità e cautele rapportate al contesto nel quale è effettuato il trattamento di dati.”

⁴³ N.B. O ai soggetti di cui all'art. 82, com. 2, lettera a.

⁴⁴ D.Lgs. 196/2003, art. 83 (*Altre misure per il rispetto dei diritti degli interessati*): “1. I soggetti di cui agli artt. 78, 79 e 80 adottano idonee misure per garantire, nell'organizzazione delle prestazioni e dei servizi, il rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità degli interessati, nonché del segreto professionale, fermo restando quanto previsto dalle leggi e dai regolamenti in materia di modalità di trattamento dei dati sensibili e di misure minime di sicurezza. - 2. Le misure di cui al comma 1 comprendono, in particolare: a) soluzioni volte a rispettare, in relazione a prestazioni sanitarie o ad adempimenti amministrativi preceduti da un periodo di attesa all'interno di strutture, un ordine di precedenza e di chiamata degli interessati prescindendo dalla loro individuazione nominativa; b) l'istituzione di appropriate distanze di cortesia, tenendo conto dell'eventuale uso di apparati vocali o di barriere; c) soluzioni tali da prevenire, durante colloqui, l'indebita conoscenza da parte di terzi di informazioni idonee a rivelare lo stato di salute; d) cautele volte ad evitare che le prestazioni sanitarie, ivi compresa l'eventuale documentazione di anamnesi, avvenga in situazioni di promiscuità derivanti dalle modalità o dai locali prescelti; e) il rispetto della dignità dell'interessato in occasione della prestazione medica e in ogni operazione di trattamento dei dati; f) la previsione di opportuni accorgimenti volti ad assicurare che, ove necessario, possa essere data correttamente notizia o conferma anche telefonica, ai soli terzi legittimati, di una prestazione di pronto soccorso; g) la formale previsione, in conformità agli ordinamenti interni delle strutture ospedaliere e territoriali, di adeguate modalità per informare i terzi legittimati in occasione di visite sulla dislocazione degli interessati nell'ambito dei reparti, informandone previamente gli interessati e rispettando eventuali loro contrarie manifestazioni legittime di volontà; h) la messa in atto di procedure, anche di formazione del personale, dirette a prevenire nei confronti di estranei un'esplicita correlazione tra l'interessato e reparti o strutture, indicativa dell'esistenza di un particolare stato di salute; i) la sottoposizione degli incaricati che non sono tenuti per legge al segreto professionale a regole di condotta analoghe al segreto professionale. - 2-bis. Le misure di cui al com. 2 non si applicano ai soggetti di cui all'art. 78, che ottemperano alle disposizioni di cui al comma 1 secondo modalità adeguate a garantire un rapporto personale e fiduciario con gli assistiti,

dati, una serie di misure concrete intese a tutelare la dignità ed i diritti fondamentali degli interessati.

La rilevanza di tali indicazioni appare assai rilevante non soltanto in relazione all'immediato valore pratico, ma altresì poiché esse vengono ad intervenire precisamente su alcuni degli aspetti trattamentali che chiunque, nella propria esperienza di fruitore di prestazioni sanitarie, crediamo abbia esperito in prima persona come lesive del proprio diritto alla privacy.

Tra le misure previste dal D.Lgs. 196/2003 vi sono, in particolare: - soluzioni volte a rispettare, in relazione a prestazioni precedute da un periodo di attesa all'interno di strutture, un *ordine di precedenza e di chiamata* degli interessati *prescindendo dalla loro individuazione nominativa*; - l'istituzione di *appropriate distanze di cortesia*, tenendo conto dell'eventuale uso di apparati vocali o di barriere; - soluzioni tali da prevenire, durante colloqui, l'indebita conoscenza da parte di terzi di informazioni idonee a rivelare lo stato di salute; - cautele volte ad *evitare che le prestazioni sanitarie avvengano in situazioni di promiscuità* derivanti dalle modalità o dai locali prescelti; - la previsione di opportuni accorgimenti volti ad assicurare che, ove necessario, possa essere data correttamente notizia o conferma anche telefonica, ai soli terzi legittimati, di una prestazione di pronto soccorso; - la formale previsione di adeguate modalità per informare i terzi legittimati in occasione di visite sulla dislocazione degli interessati nell'ambito dei reparti, informandone previamente gli interessati e rispettando eventuali loro contrarie manifestazioni legittime di volontà; - la messa in atto di procedure, anche di formazione del personale, dirette a *prevenire nei confronti di estranei un'esplicita correlazione tra l'interessato e reparti o strutture*, indicativa dell'esistenza di un particolare stato di salute; - la *sottoposizione degli incaricati* che non sono tenuti per legge al segreto professionale *a regole di condotta analoghe al segreto professionale*.

Da ultimo va ancora precisato come la complessa e articolata normativa più sopra esposta trova ampio spazio all'interno dei diversi codici deontologici delle professioni sanitarie⁴⁵, prevedendo peraltro specifiche regole per quanto riguarda sia la creazione di banche dati sia pubblicazioni scientifiche.

nel rispetto del codice di deontologia sottoscritto ai sensi dell'art. 12.”

⁴⁵ *Privacy*: CdMC artt. 11 e 12 - CdInf art. 26 - CdOst art. 3.6 - CdTSRM art. 3.8 - CdTSLB artt. 14 e 15 - CdI.D. artt. 16, 17, 19, 22 e 23 - CdE.P Resp. nei confronti dell'utente, punto 5 - CdFt artt. 7, 8 e 9.

8. La cartella clinica

1. Definizione

Il D.M. del 27 ottobre 2000, n°380¹, definisce la *cartella clinica* lo "strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche rilevanti, che riguardano un singolo ricovero ospedaliero di un paziente /.../ deve rappresentare l'intero ricovero del paziente nell'istituto di cura" e quindi "coincide con la storia del paziente all'interno dell'istituto di cura /.../ segue il paziente all'interno della struttura ospedaliera e ha termine al momento della dimissione".

Il D.M. del 27 giugno 1986, recante i requisiti delle case di cura private, precisa come ogni cartella clinica, compilata in numero progressivo, debba contenere "le generalità complete, la diagnosi di entrata, l'anamnesi familiare e personale, l'esame obiettivo, gli esami di laboratorio e specialistici, la diagnosi, la terapia, gli esiti e i postumi", essere firmata dal medico curante e sottoscritta dal medico responsabile di raggruppamento e, dopo la dimissione del paziente, essere conservata in archivio a cura della direzione sanitaria.

La cartella clinica rappresenta quindi una costante verbalizzazione di ciò che viene rilevato e di ciò che viene praticato, un insieme di documenti nei quali medici ed infermieri registrano un complesso di informazioni (anagrafiche, sanitarie, sociali, ambientali, giuridiche) concernenti uno specifico paziente dal punto di vista diagnostico-terapeutico, al fine di predisporre gli opportuni interventi medici, oltre a servire per svolgere indagini di natura scientifica, statistica, medico-legale e per l'insegnamento. Si tratta di una documentazione ufficiale, in prima pagina recante la firma del responsabile di reparto e quella, congiunta, del Direttore Sanitario a cui viene rimessa al

¹ D.M. del 27 ottobre 2000, n°380, "Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati".

termine del ricovero, destinata ad attestare, anche in un futuro, le condizioni del paziente all'ingresso, durante la degenza fino alla dimissione dall'ospedale. Oltre ad avere una finalità propriamente clinico-terapeutica, mettendo cioè a disposizione dell'équipe sanitaria del reparto tutti i dati riguardanti il malato (evoluzione della patologia nel tempo in rapporto ad una determinata terapia, ecc.), la cartella clinica costituisce un mezzo informativo per il personale sanitario, il paziente, enti di assistenza sanitaria, pubbliche amministrazioni, compresa quella giudiziaria.

Esiste inoltre il cosiddetto *diario clinico*, documento in cui vengono annotati altri dati, quali il motivo e il tipo di intervento richiesto, la storia di vita del paziente, una più accurata valutazione dei dati clinici raccolti, e che viene conservata in reparto al riparo dalla visione di estranei.

2. La compilazione della cartella clinica

La chiara e accurata compilazione giornaliera della cartella clinica con i dati soggettivi ed oggettivi riguardanti il paziente (esami di laboratorio e rispettivi risultati, esami specialistici eseguiti, terapia e sue eventuali modificazioni) costituisce uno dei compiti consuetudinari e più importanti dell'attività professionale, medica ed infermieristica². In base al D.P.R. 225/1974, infatti, anche l'infermiere ha precisi doveri inerenti la documentazione clinica: durante la degenza del paziente in reparto, la caposala deve vigilare sulla conservazione della cartella sino al momento della consegna agli archivi centrali, non solo come una mansione di archivista, ma controllando periodicamente la correttezza nella successione cronologica delle annotazioni, l'esatta trascrizione degli esami eseguiti, la corrispondenza fra terapie indicate sulla cartella e quelle inserite sul registro terapeutico di reparto, al fine di potere segnalare eventuali manchevolezze al medico responsabile. All'infermiere spettano inoltre precise competenze nella sua compilazione (temperatura corporea, frequenza del polso e della respirazione, pressione arteriosa, escreti e secreti, annotazioni degli esami di laboratorio di semplice esecuzione dallo stesso effettuati), mentre annoterà su appositi diari le osservazioni fatte durante il giorno e la notte.

² N.B. La compilazione della cartella clinica non è di esclusiva competenza medica, in quanto, in base al DPR 225/74, anche all'infermiere spettano alcune competenze: "annotare sulle schede cliniche gli abituali rilievi di competenza (temperatura, polso, respiro, pressione, secreti, escreti);" e "la conservazione di tutta la documentazione clinica, sino al momento della consegna agli archivi centrali".

Nonostante non esistano precise disposizioni circa la *corretta compilazione* tecnica della cartella clinica³, questa richiede la massima cura e precisione per documentare in modo obiettivo le caratteristiche nosologiche della malattia, le condizioni del paziente, il decorso clinico e la terapia effettuata, da cui i seguenti requisiti formali e sostanziali: *veridicità, chiarezza, completezza, tempestività e contestualità, intellegibilità* della grafia, descrizione della epicrisi, precisazione della fonte dell'anamnesi, modalità di acquisizione del consenso, disposizione cronologica dei rilievi, indicazione sede accertamento, correzione adeguata di errori materiali, concetti questi puntualmente ripresi dal codice deontologico medico⁴.

Dal D.P.R. 27 marzo 1969 n°128, relativo all'ordinamento interno dei servizi ospedalieri, si desume che la responsabilità della regolare compilazione, dei registri nosologici e della conservazione, fino al momento della consegna all'archivio centrale, ricade sul medico primario (adesso di II livello) del reparto, responsabile non solo delle proprie annotazioni, ma anche di quelle dei suoi collaboratori (aiuti, assistenti, medici specialisti consultati, infermieri professionali), di cui deve controllare il contenuto tecnico degli atti compiuti⁵.

3. La cartella infermieristica

Parte integrante della cartella clinica è inoltre il registro operatorio (se presente) e la *cartella infermieristica* (nei reparti ostetrico-ginecologici è prevista inoltre la cartella ostetrica, ove le annotazioni relative non siano riportate in una delle più tradizionali sezioni).

³ N.B. Esistono, comunque, alcune sentenze al riguardo: Pretura di Iseo il 5 ottobre 1965, recitava che la cartella clinica dovrebbe essere "la fotografia dell'evolversi della malattia" e "essere sempre stesa con cura scrupolosa, senza abrasioni, correzioni, adattamenti, completamenti tardivi, e cioè con quella regolarità formale che concorre a garantirne anche la serietà e l'autenticità".

⁴ *Cartella clinica*: CdMC art. 26.

⁵ N.B. Della regolare compilazione, cioè dell'esattezza e sufficienza dei dati contenuti, è responsabile il medico "primario", mentre la responsabilità delle singole verbalizzazioni è da attribuire a coloro che le hanno effettuate. La responsabilità del medico "primario" è quindi una responsabilità in "vigilando", a meno che non sia egli stesso a verbalizzare. Inoltre, durante la compilazione, vi deve essere un controllo circa la contestualità delle annotazioni, in quanto il fine primario della cartella è l'ottimale registrazione dell'assistenza sanitaria erogata. In caso di smarrimento, distruzione o comunque di cattiva gestione delle cartelle cliniche, la responsabilità civile è imputabile all'amministrazione ospedaliera, mentre quella penale può ricadere sulla persona fisica, responsabile direttamente della conservazione.

La cartella infermieristica⁶, la cui adozione è specificamente prevista dal D.P.R. 348 del 28 novembre 1990, è lo strumento operativo più rilevante tra quelli che l'infermiere utilizza per svolgere le funzioni previste dal suo profilo professionale, nonché di valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica erogata. Essa raccoglie tutte le notizie ed informazioni relative ai problemi di salute dell'assistito, agli interventi decisi ed effettuati e ai risultati raggiunti (identificazione dei bisogni, formulazione degli obiettivi, pianificazione delle azioni, diario infermieristico, valutazione dei risultati). Si tratta quindi di un documento unico e individuale, il cui uso è essenziale per assicurare un'assistenza infermieristica personalizzata, rispondere in maniera mirata ai bisogni della persona, garantire la continuità delle cure infermieristiche e valutare la qualità in termini di appropriatezza e sicurezza.

4. La scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.)

Parte integrante della cartella clinica è infine la cosiddetta *scheda di dimissione ospedaliera* (S.D.O.)⁷, istituita con decreto del Ministro della Sanità del 28 dicembre 1991 al fine di poter disporre di un mezzo ordinario di raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso da strutture sia pubbliche sia private presenti sul territorio nazionale. Tale scheda, della cui regolare compilazione, redatta e firmata dal medico curante, è responsabile il medico "primario" o dirigente del reparto, ha lo stesso valore medico-legale, documentativo e giuridico della cartella clinica. Le informazioni in essa contenute (dati anagrafici; data, motivo e tipo di ricovero; data, reparto e modalità della dimissione; patologie concomitanti, interventi effettuati e altre notizie cliniche; situazione abituale del paziente, eventuale

⁶ Def. "La cartella infermieristica è uno strumento che consente di trascrivere, nelle sue diverse parti: i dati raccolti, le diagnosi infermieristiche individuate, la pianificazione, l'attuazione degli interventi previsti e la valutazione del percorso comune. La cartella infermieristica è costituita dalle seguenti parti: - spazio per la trascrizione dell'accertamento; serve per i dati di base (dati anagrafici, motivazione del ricovero) e per i dati oggettivi, ambientali e soggettivi che analizzano lo svolgimento delle attività di vita; - spazio per la stesura della pianificazione che può comprendere: la definizione della diagnosi infermieristica, gli obiettivi da raggiungere, le scadenze previste e gli interventi da attuare su quella specifica persona; - spazio per la trascrizione dell'attuazione degli interventi previsti nella pianificazione; - spazio per la valutazione dell'intero processo a partire dalla verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi". Cfr. AA.VV. *Quaderno del nursing di base*, Nettuno, Parma, 1993.

⁷ N.B. La *scheda di dimissione* permette di poter disporre di un flusso di informazioni relativo alla tipologia di assistenza erogata ai vari livelli del SSN, quale supporto ai processi di valutazione, programmazione, gestione e controllo dell'attività ospedaliera, oltre a costituire un mezzo per la rilevazione epidemiologica e di ricerca scientifica.

necessità di assistenza domiciliare o di ricovero in residenza sanitaria) sono trasmesse in forma anonima dal direttore sanitario, tenuto a verificarne la completezza, alla Regione e al Ministero della Salute.

5. La conservazione della cartella clinica

Dopo le dimissioni del paziente, la cartella clinica (formata dal frontespizio, riportante i dati anagrafici, data di ricovero e di dimissione, diagnosi d'ingresso e di dimissione, del paziente e compilato a cura dell'amministrazione, dal diario clinico, dalla scheda di dimissione), bene patrimoniale inalienabile, fonte importante per ricerche di carattere storico-sanitario, nonché atto ufficiale a garantire la certezza del diritto agli interessati, nonché documento di valore medico-legale in caso di perizia circa casi di responsabilità professionale, viene trasferita e conservata presso l'archivio e da quel momento la vigilanza e l'eventuale rilascio di copia agli aventi diritto spettano al direttore sanitario.

Le modalità della sua conservazione sono previste e regolamentate dalla circolare del Ministero della Sanità n°280 del 19 dicembre 1986, da cui risulta che presso l'archivio corrente delle istituzioni pubbliche e delle case di cura private la cartella clinica deve essere conservata, unitamente ai referti, per un periodo di 40 anni, venendo poi trasferita in una sezione separata dello stesso, dove permane per tempi illimitati. Le radiografie e la restante documentazione diagnostica, non rivestendo carattere di atti ufficiali, vengono, invece, conservate per almeno 20 anni, solitamente 30 anni, venendo di seguito eliminate. È prevista la possibilità della microfilmatura.

6. La circolazione della cartella clinica

Per quanto riguarda la *circolazione* della cartella clinica e le modalità del suo rilascio⁸, il paziente, ogni volta lo desidera, ha il diritto di averne

⁸ N.B. Specifiche disposizioni riguardanti la compilazione, conservazione e circolazione della cartella clinica sono anche contemplate nel recente D.Lgs. n°196/2006, "Codice in materia di protezione dei dati personali", all'art. 92 (*Cartelle cliniche*): "1. Nei casi in cui organismi sanitari pubblici e privati redigono e conservano una cartella clinica in conformità alla disciplina applicabile, sono adottati opportuni accorgimenti per assicurare la comprensibilità dei dati e per distinguere i dati relativi al paziente da quelli eventualmente riguardanti altri interessati, ivi comprese informazioni relative a nascituri. - 2. Eventuali richieste di presa visione o di rilascio di copia della cartella e dell'acclusa scheda di dimissione ospedaliera da parte di soggetti diversi dall'interessato possono essere accolte, in tutto o

piena visione e copia, mai però l'originale. Copia della cartella clinica, come peraltro anche previsto dal codice di deontologia medica⁹, può inoltre essere rilasciata al tutore o a chi esercita la patria potestà (in caso di minore o incapace), a persona fornita di delega, all'autorità giudiziaria, agli enti previdenziali (INAIL, INPS, ecc.), al S.S.N., agli eredi legittimi, con riserva per determinate notizie, ai medici a scopo scientifico-statistico purché sia mantenuto l'anonimato; non può invece essere rilasciata a terzi sprovvisti di delega, al medico curante senza l'autorizzazione del paziente, ai patronati, ai Ministeri e all'autorità di PS.

7. Inquadramento giuridico della cartella clinica

Circa la *qualifica giuridica* della cartella clinica, si discute se debba essere considerata un atto pubblico, munito di fede privilegiata, un semplice documento ospedaliero di rilevanza tecnico-sanitaria, oppure una attestazione equiparabile ad una certificazione amministrativa. La giurisprudenza tende comunque a considerarla *atto pubblico*, come definito dal codice civile agli articoli 2699 e 2700¹⁰, fidefacente fino a prova di falso, originario e autonomo, formato e proveniente da un pubblico ufficiale o da un incaricato di un pubblico servizio con efficacia dichiarativa in ordine a quanto in essa contenuto. Ogni annotazione presenta, singolarmente, autonomo valore documentale definitivo, che si realizza nel momento stesso in cui viene trascritta.

La cartella clinica conserva però anche valore di *atto amministrativo-sanitario* in funzione dei dati obiettivi in essa contenuti e cioè la cronologia del ricovero, le annotazioni cliniche ordinatamente raccolte nella diaria, gli interventi eseguiti, gli esami praticati e l'esito della malattia.

in parte, solo se la richiesta è giustificata dalla documentata necessità: a) di far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria ai sensi dell'art. 26, com. 4, lettera c), di rango pari a quello dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile; b) di tutelare, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi, una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quella dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile.”

⁹ *Documentazione clinica*: CdMC art. 25.

¹⁰ art. 2699 c.c. (*Atto pubblico*): "L'atto pubblico è il documento redatto, con le richieste formalità, da un notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede nel luogo dove l'atto è formato." - art. 2700 c.c. (*Efficacia dell'atto pubblico*): "L'atto pubblico fa piena prova, fino a querela di falso, della provenienza del documento dal pubblico ufficiale che lo ha formato, nonché delle dichiarazioni delle parti e degli altri fatti che il pubblico ufficiale attesta avvenuti in sua presenza o da lui compiuti."

La cartella infermieristica non può invece essere definita come atto pubblico fidefacente, in quanto i rilievi in essa contenuti non provengono da un pubblico ufficiale nell'esercizio di una speciale potestà certificatrice. L'infermiere non è pubblico ufficiale, ma incaricato di pubblico servizio.

Diversi possono essere i *problemi di carattere penalistico e medico-legale* inerenti la cartella clinica. In quanto atto pubblico, una sua scorretta o mancata compilazione, potrebbe configurare uno dei seguenti reati: *falsità materiale* commessa da pubblico ufficiale in atti pubblici (art. 476 c.p.¹¹), *falsità ideologica* commessa da pubblico ufficiale in atti pubblici (art. 479 c.p.¹²), o *rifiuto di atti d'ufficio - omissione* (art. 328 c.p.¹³).

Falsità materiale¹⁴, significa contraffare l'atto, cancellando, correggendo a posteriori o compiere altre operazioni di alterazione, mentre la falsità ideologica consiste in una compilazione non veritiera, attestando cioè cose false od omettendo annotazioni obbligatorie. La ritardata o una mancata compilazione della cartella clinica può configurare un'omissione di atti d'ufficio. Ogni successiva alterazione, apportata durante la progressiva formazione del complesso documento, qual'è la cartella clinica, costituisce quindi falsità, ancorché sia ancora nella materiale disponibilità del suo autore in attesa di trasmissione alla direzione sanitaria.

¹¹ art. 476 c.p. (*Falso materiale in atto pubblico*): "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."

¹² art. 479 c.p. (*Falso ideologico in atto pubblico*): "Il pubblico ufficiale che, ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un fatto sia 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'art. 476."

¹³ art. 328 c.p. (*Rifiuto di atti d'ufficio. Omissione*): "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 1° comma, il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che entro 30 giorni dalla richiesta di chi abbia interesse non compie l'atto del suo ufficio e non risponde per esporre le ragioni del ritardo, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa fino a € 1.032. Tale richiesta deve essere redatta in forma scritta e il termine di trenta giorni decorre dalla ricezione della richiesta stessa."

¹⁴ Es. Un "*falso materiale*" può essere erronea trascrizione di un dato, avvenuto per sbaglio, caso in cui è permessa la correzione da parte dell'autore tenendo però presente che la correzione va eseguita in modo tale da potersi ancora individuare quanto in prima istanza annotato (è buona norma fare una riga sopra l'erronea annotazione) inserendo il dato corretto corredato dalla propria firma.

Essendo la cartella clinica, per sua natura, un atto estremamente riservato della attività sanitaria, vige l'obbligo *dell'osservanza del segreto*, sia *professionale* (art. 622 c.p., vedi capitolo riguardante segreto professionale), posto a tutela dell'assistito, in quanto riguarda l'attività più strettamente sanitaria, sia *d'ufficio* (art. 326 c.p., vedi capitolo riguardante il segreto d'ufficio), posto a tutela dell'amministrazione pubblica, in quanto l'atto proviene da un pubblico ufficiale o da un incaricato di un pubblico servizio. L'illegittima divulgazione del contenuto della cartella clinica può quindi determinare sia conseguenze di ordine penale sia censure da parte del proprio ordine o collegio professionale. La cartella clinica contiene inoltre dati cosiddetti sensibili, il cui trattamento, da parte degli esercenti le professioni sanitarie, è consentito *"anche senza l'autorizzazione del Garante"*, sempre che vi sia il consenso scritto dell'interessato, ma deve essere limitato *"ai dati e alle operazioni indispensabili per il perseguimento di finalità dell'incolumità fisica e della salute dell'interessato"*¹⁵.

Riassumendo, la cartella clinica, posta ai piedi o accanto al letto del paziente, deve riportare i dati e fatti oggettivi, "ufficiali" e sanitari, inseriti in modo tempestivo, completo, chiaro, comprensibile e leggibile. Essa non deve presentare alterazioni, contraffazioni o integrazioni postume. La responsabilità della compilazione e della tenuta, durante la degenza del paziente, è del medico responsabile del reparto, mentre, dopo la dimissione, quando passa nell'archivio centrale dell'ospedale, la responsabilità della sua conservazione è del direttore sanitario.

¹⁵ Legge 31 dicembre 1996, n°675: *"Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"* (vedi capitolo a riguardo).

9. La certificazione, l'informativa inerente la salute pubblica e collaborazione con l'amministrazione della giustizia

1. Introduzione

Al professionista sanitario, sia esso un pubblico ufficiale, incaricato di un pubblico servizio o persona esercente un servizio di pubblica necessità (per approfondimenti vedi capitolo a riguardo), oltre all'attività clinica spetta anche una diversificata attività certificativa attraverso la compilazione di una serie di atti, di cui molti obbligatori per legge, quali le denunce sanitarie, diverse comunicazioni, i certificati e relazioni relative a fatti che possono avere interesse per la sanità pubblica.

Tutti gli atti informativi obbligatori sono accomunati da precisi requisiti, quali, appunto *in primis* - l'obbligatorietà, in quanto derivante da inderogabili disposizioni di legge; - l'iniziativa del denunciante, senza cioè una specifica richiesta da parte del soggetto a cui si riferisce; - la professionalità dell'atto, in quanto di natura tecnica proveniente da un professionista qualificato; - l'oggetto, inerente a fatti di interesse pubblico; - il fine, rivolto alla tutela della collettività; - il destinatario, rappresentato da una pubblica amministrazione.

Il non rispetto delle suddette caratteristiche, l'omissione o una compilazione difettosa dell'atto, può comportare una sanzione penale, solitamente di natura contravvenzionale.

2. I certificati

Il certificato, definibile come *atto scritto dichiarante conforme a verità fatti e condizioni di natura tecnica, direttamente obiettivabili dal professionista e di cui è destinato a provare l'esistenza*, rappresenta una forma

importante e molto diffusa di documentazione della attività medica, espressamente prevista anche dal codice di deontologia medica¹.

Le caratteristiche del certificato, oltre alla rilevanza giuridica, sono quindi la sua natura tecnica, la constatazione diretta e personale del certificante dei fatti, la loro veridicità e la loro attestazione in forma scritta.

I certificati possono essere *obbligatori*, con finalità di ordine amministrativo, quando il soggetto ha l'obbligo di presentarlo al fine di far valere un diritto subordinato all'esistenza di una determinata realtà sanitaria di cui il certificato è destinato a far fede², o *facoltativi*, quando sono richiesti dal soggetto, interessato ad esibirli a un ente pubblico o privato e che documentano il suo stato di salute³.

Sebbene non esista specifica normativa riguardante la modalità della compilazione, eccezion fatta per alcuni certificati da redigersi su appositi moduli, devono contenere le generalità del paziente, l'anamnesi, l'esame obiettivo, la diagnosi e prognosi, nonché l'oggetto e la motivazione della certificazione. Nella sua compilazione il sanitario deve quindi scrupolosamente attenersi a riportare unicamente le sole circostanze constatate in riferimento alle particolari finalità del certificato stesso.

I requisiti sostanziali del certificato sono la *chiarezza*, deve cioè trattarsi di un'attestazione scritta che possa essere esattamente e compiutamente comprensibile per chiunque, la *veridicità*, dovendo presentare una conformità tra quanto constatato obiettivamente e descritto, la *completezza* e la *precisione* dei dati osservati. Dal punto di vista formale il certificato, in caso di scrittura a mano, deve essere *leggibile* e, ovviamente, riportare *data* e *luogo*, le *generalità*, la *qualifica* e la *firma* del certificante.

Diverse possono essere le sanzioni previste dal codice penale nell'ipotesi di falso in certificato. Così un medico libero professionista (esercente un servizio di pubblica necessità) può essere punito per falso ideologico (art. 481 c.p.⁴), quando con coscienza e volontà attesta un fatto

¹ *Certificazione*: CdMC art. 24.

² Es. Certificati *obbligatori*: certificato di gravidanza, di assistenza al parto, di sana e robusta costituzione, di constatazione di decesso. – certificati obbligatori rilasciati in ambito delle assicurazioni sociali (primo certificato di infortunio sul lavoro ecc.), di subita vaccinazione obbligatoria, ecc.

³ Es. *Certificato facoltativo*: certificato di malattia conseguente a lesioni causate da incidente stradale da presentarsi in sede assicurativa.

⁴ 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 € 51 a € 516. – Tali pene si applicano congiuntamente se il fatto è commesso a scopo di lucro. Procedibilità d'ufficio.”

non corrispondente al vero⁵, reato questo previsto anche per un medico dipendente (pubblico ufficiale o incaricato di un pubblico servizio, artt. 479 e 480 c.p.⁶), qualora rediga false certificazioni riguardanti le attività svolte, fatti e condizioni personalmente percepiti e constatati o appresi.

3. Le denunce sanitarie obbligatorie

Le *denunce sanitarie obbligatorie*⁷ costituiscono atti informativi da doverci presentare alle autorità competenti (ASL, Sindaco, nella sua veste di autorità sanitaria, ecc.) nei termini e nelle modalità previste sia per la tutela della salute collettiva sia per motivi statistico-sanitari ed epidemiologici⁸.

Queste denunce sono di norma di stretta competenza del medico⁹, ma vi possono essere circostanze in cui possono essere redatte da altre figure sanitarie, da cui la loro necessaria conoscenza per poter meglio affiancare il medico in questo compito di ordine amministrativo, da effettuarsi su apposita modulistica.

Le principali denunce sanitarie sono:

1) *Dichiarazione di nascita*, da presentarsi al Sindaco tramite l'Ufficiale di Stato civile entro 10 giorni dall'avvenuto parto (per approfondimenti vedi anche capitolo riguardante l'atto di nascita);

⁵ N.B. Non può essere qualificato come falso ideologico un eventuale errore di diagnosi e/o prognosi, scaturito da erronea interpretazione di fatti clinici, mentre configura falso ideologico un certificato attestante una malattia inesistente.

⁶ 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'art. 476 (pena reclusione da uno a sei anni). Procedibilità d'ufficio". – 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. Procedibilità d'ufficio."

⁷ N.B. Le denunce sanitarie obbligatorie formano, come anche il referto e la denuncia di reato, giuste cause imperative di rivelazione di segreto professionale (vedi capitolo relativo).

⁸ N.B. La mancata o ritardata su presentazione può configurare il reato di Rifiuto di atti d'ufficio: art. 328 c.p. (*Rifiuto di atti d'ufficio. Omissione*): "Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi e due anni. /.../ Procedibilità d'ufficio."

⁹ N.B. Oltre a costituire un preciso obbligo di legge, la presentazione delle denunce obbligatorie rappresenta un preciso dovere deontologico. CdMC art. 74.

2) *denuncia di nascita di infanti deformati*, di cui al R.D. del 17 febbraio 1941 n°1127, da redigere su apposito modulo e presentare al Sindaco e all'Unità Operativa di Igiene e Sanità pubblica della ASL competente per territorio entro 2 giorni dalla nascita del bambino. Vanno denunciate tutte le forme di deformità congenite, specie quelle che riguardano l'apparato motore, di cui vanno specificate natura e estensione e quelle che possono comportare una invalidità permanente. - *Denuncia di infanti immaturi*: presentata al responsabile di Igiene e Sanità pubblica della ASL competente per territorio entro le 24 ore dall'avvenuto parto¹⁰.

3) *denuncia sanitaria delle cause di morte* (da distinguersi dalla dichiarazione di morte che costituisce una denuncia amministrativa e non sanitaria), va redatta dal medico curante e presentata all'Ufficiale dello Stato civile o al Sindaco entro 24 ore dall'accertamento del decesso. La causa della morte deve essere indicata usando la nomenclatura nosologica ufficiale fornita dall'Istat. La denuncia può essere fatta su carta libera (ricettario del sanitario, modulo apposito dell'ospedale) e deve contenere cognome e nome del defunto, luogo, data e ora del decesso e la causa di morte. Se la morte è avvenuta in assenza di assistenza medica, la denuncia delle cause di morte deve essere effettuata dal medico necroscopo nominato dall'ASL e la cui visita delle avvenire tra le 15 e le 30 ore dal decesso.

Oltre alla denuncia della causa di morte, va compilata l'apposita scheda Istat, fornita dal Comune e di cui esistono tre diversi modelli: uno per maschi, uno per le femmine e uno per le morti avvenute entro il primo anno di vita, precisando se si è trattato di morte naturale o da causa violenta (omicidio, suicidio o evento accidentale e, in tale caso, se si tratta di infortunio sul lavoro).

4) *denuncia di casi di lesione da cui sia derivata o possa derivare un'inabilità al lavoro anche parziale di carattere permanente*, (fatta però eccezione per i casi INAIL ed INPS, già segnalati con apposite denuncie) da inoltrarsi al Sindaco e al responsabile dell'Unità Operativa di Igiene e Sanità pubblica della ASL competente entro 2 giorni dall'accertamento della lesione.

5) *denuncia delle malattie infettive e diffuse*: ogni qualvolta, nell'esercizio della sua professione, un sanitario venga a conoscenza o sospetti un caso di malattia infettiva o diffusiva e quindi pericolosa per la salute pubblica, deve farne immediata denuncia, utilizzando appositi modelli, all'Unità Operativa di Igiene e Sanità pubblica competente per territorio

¹⁰ N.B. In base al R.D. 26 maggio 1940, n°1364 e D.M. 11 ottobre 1940, vengono considerati "immaturi" tutti i neonato di peso inferiore ai 2500 g, a prescindere dalla durata della gestazione.

(ASL), impegnandosi inoltre a collaborare con le autorità per evitare la diffusione della malattia stessa. Le malattie soggette a denuncia, suddivise in cinque classi con diverse modalità di notifica, sono indicate in appositi elenchi previsti dal D.M. 5 luglio 1975, aggiornato con D.M. 28 novembre 1986 ed integrato con il D.M. 15 dicembre 1990;

6) *denuncia di vaccinazioni*: va segnalata l'effettuata vaccinazione all'Unità Operativa di Igiene e Sanità pubblica della ASL competente per territorio, indicando la persona che è stata vaccinata, la provenienza e il tipo di vaccino usato e la via di somministrazione¹¹.

7) *denuncia di malattia professionale o di malattie e lesioni causate da raggi X e sostanze radioattive*, da presentare all'INAIL e al Servizio di Prevenzione Igiene e Sicurezza sul posto di lavoro della Unità Sanitaria Locale; denuncia di ogni caso, anche sospetto, di *intossicazione antiparasitaria* alla Unità Operativa di Igiene e Sanità pubblica ASL entro due giorni), denuncia degli *infortuni agricoli*;

8) *denuncia delle malattie veneree*: l'obbligo della comunicazione risulta dalla legge n°837 del 25 luglio 1956 e riguarda la blenorragia, l'ulcera venerea, la lue e la linfogranulomatosi inguinale, in fase di contagiosità. La segnalazione va presentata all'Unità operativa di Igiene e Sanità pubblica dell'ASL di competenza; vanno indicate le informazioni ricevute dal malato circa la fonte del contagio oltre al sesso, l'età, il comune di residenza della persona malata, omettendo però ogni altra indicazione sulla sua identità. La notifica deve invece essere nominativa nel caso in cui per specifiche ragioni di sanità pubblica venga imposto al curante di segnalare le generalità del paziente, oppure quando si presenti il caso che l'assistito non effettua le cure lo le interrompa;

9) *segnalazione non nominativa degli interventi interruttivi della gravidanza*, da effettuarsi, in base all'articolo 11 delle legge 194/78, all'Unità Operativa di Igiene e Sanità pubblica dell'ASL e dalla quale risulti l'intervento interruttivo stesso, senza fare menzione della identità della donna;

10) *denuncia di detenzione degli apparecchi radiologici e delle sostanze radioattive*, da presentare al Comando provinciale dei Vigili del Fuoco e al Servizio di Prevenzione Igiene e Sicurezza dei Luoghi di Lavoro dell'ASL competente per territorio (D.Lgs. n°241, 26 maggio 2000 art. 22). Il medico titolare dello studio o il direttore sanitario di un ambulatorio deve

¹¹ N.B. Va fatta la comunicazione dell'avvenuta vaccinazione antidifterica, obbligatoria per tutti i bambini dal 2° al 10° anno di età, antitetanica, solitamente associata a quella antidifterica, obbligatoria per tutti i bambini dal 2° anno di vita, nonché per persone che per il particolare lavoro svolto sono particolarmente a rischio di infezione (agricoltori, pastori, spazzini, ecc.), antipoliomielitica, antitiflica e paratiflica, antitubercolare, antimeningococcica, per le categorie a rischio, e anti epatite B.

inoltre denunciare all'INAIL, su apposito modulo, il numero di soggetti esposti al rischio di radiazioni ionizzanti;

11) *notifica di casi di AIDS conclamato* all'Assessorato Regionale alla Sanità e all'Istituto Superiore di Sanità;

12) *segnalazione non nominativa dei casi di cronica intossicazione da sostanze stupefacenti e psicotrope*, dopo il referendum del 18 aprile 1993 è stato abrogato l'obbligo del medico di inviare al Ser.T. la scheda sanitaria di segnalazione riguardante l'assistenza di persone dedite all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope. Esiste comunque ancora l'obbligo di segnalazione spettante all'autorità giudiziaria o al Prefetto, allorquando questi vengano a conoscenza di persone che facciano uso di tali sostanze nel corso del procedimento di loro competenza, segnalazione da presentare al Ser.T. cui spetta il compito di convocare la persona segnalata per la definizione del programma terapeutico e socio-riabilitativo.

13) *denuncia di infortunio sul lavoro del titolare di impresa artigiana*, da presentarsi all'INAIL, laddove questo si trovi nell'impossibilità fisica di inoltrare tempestivamente la denuncia;

14) *denuncia di situazioni di abbandono di minorenni* da presentarsi al Tribunale dei Minorenni (legge n°184, 4 maggio 1983, art. 9);

15) *denuncia delle reazioni avverse ai farmaci*, da presentare, tramite apposita scheda, al Servizio di farmaco-vigilanza dell'ASL (D.Lgs. n°85, 2002¹²).

4. La prescrizione di farmaci

La prescrizione di farmaci, in seguito ad un orientamento diagnostico e prognostico, costituisce, spesso, parte integrante del trattamento di un paziente. Tale attività non può prescindere da un'adeguata e aggiornata conoscenza della natura, degli effetti, delle indicazioni, controindicazioni, interazioni, prevedibili reazioni individuali e caratteristiche d'impiego dei far-

¹² Def. La normativa prevede le seguenti definizioni di reazioni avverse (*adverse drug reaction: adr*): - *reazione avversa*: risposta ad un farmaco nociva e non intenzionale, avvenuta alle dosi normalmente usate per la profilassi, la diagnosi, la terapia o per ripristinare, correggere o modificare le funzioni fisiologiche; - *reazione avversa grave*: qualsiasi reazione che provochi la morte di un soggetto, ne metta in pericolo la vita, ne richieda o ne prolunghi l'ospedalizzazione, provochi disabilità o incapacità persistente o significativa, comporti un'anomalia congenita o un difetto alla nascita; - *reazione avversa inattesa*: reazione avversa la cui natura, gravità o conseguenza non sia coerente con il riassunto delle caratteristiche del farmaco.

maci, raccomandazione questa espressamente prevista dal codice deontologico medico¹³.

La prescrizione di un farmaco, subordinata ad una esatta conoscenza del rapporto rischi-benefici, deve basarsi sui criteri di utilità, cioè di beneficiabilità e necessità, quando cioè quel dato farmaco, somministrato in quella dose, in quella modalità e per quel periodo di tempo, venga reputato indispensabile per quella data malattia, quei dati sintomi o quella prevenzione.

La prescrizione della posologia e della modalità di somministrazione di un farmaco, che peraltro solitamente richiede la presenza fisica dell'assistito, sempre che il medico non la ritenga necessaria, relazionandosi in quel caso con un di lui familiare, va redatta, in modo chiaro e con grafia leggibile, su carta intestata o su apposito ricettario, sottoscritta e datata dal medico.

La ricetta medica costituisce un atto certificativo, compilato solitamente in seguito all'obiettivazione di uno stato di malattia o comunque di sofferenza, che da un lato ha natura certificativa, in quanto attesta il diritto dell'assistito alla erogazione del farmaco, e dall'altro natura autorizzativa nei confronti dell'amministrazione che, attraverso il Servizio farmaceutico, erogherà la prestazione richiesta.

A seconda del tipo di farmaco prescritto si possono distinguere: - ricette *non ripetibili*, utilizzabili una volta sola con una validità di 30 giorni e ritirata dal farmacista; - ricette *ripetibili*, con indicazione di un'unica confezione del farmaco, utilizzabili per non più di cinque volte e con validità di 3 mesi; - ricette *limitate*, previste per farmaci utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o a questo assimilabile e quindi indisponibili in farmacie per il pubblico; - ricette *di emergenza*, con validità di 6 mesi, non ripetibili e ritirata dal farmacista, previste per pazienti affetti da patologie croniche che necessitano di farmaci la cui somministrazione non può essere rimandata per più di ventiquattro ore; - *ricetta per farmaci soggetti a norme speciali* (farmaci contenenti sostanze stupefacenti) e da prescrivere su ricettario particolare fornito dell'Ordine professionale (D.M. 24 maggio 2001).

5. Referto e denuncia di reato

5.1. Il referto

Sin dal medioevo il medico è chiamato a dare il proprio contributo al regolare funzionamento dell'amministrazione della giustizia mediante

¹³ Prescrizione: CdMC art. 13.

un'attività di informativa riguardante eventuali fatti criminosi (*notitia criminis*) riscontrati nell'esercizio della propria professione, obbligo rientrante nella cosiddetta *informativa pubblica*¹⁴ e riferita ai rapporti del sanitario con le autorità e le amministrazioni pubbliche. Tale obbligo nasce dall'interesse dello Stato di individuare le persone che, in relazione e nello svolgimento della loro professione, possono, a volte per primi, avere occasione di venire a conoscenza di eventuali fatti delittuosi.

Per l'operatore sanitario, esercente un servizio di pubblica necessità, la presentazione del referto, la comunicazione, cioè, alle autorità giudiziarie di fatti che hanno richiesto un suo intervento professionale e che *possono* essere messi in relazione con azioni delittuose, rappresenta un dovere giuridico di grande rilievo e la cui omissione costituisce un reato contro l'amministrazione, o più precisamente, l'attività della giustizia.

Il referto può essere definito come *l'atto scritto obbligatorio mediante il quale l'esercente una professione sanitaria riferisce all'autorità giudiziaria di avere prestato la propria opera o assistenza in casi che possono presentare i caratteri di un delitto procedibile di ufficio.*

5.1.1. L'articolo 365 c.p.

Il referto, atto informativo obbligatorio previsto dall'articolo 365 c.p.¹⁵, ha evidenti risvolti deontologici, in quanto vengono toccati principi di riservatezza e di segretezza, ragion per cui il professionista sanitario deve conoscere il suo contenuto e la sua portata, sia per non incorrere nelle sanzioni previste per l'omessa sua presentazione, sia per saper individuare le circostanze in cui può, eventualmente, non essere stilato. Stante l'importanza della refertazione, questa trova puntuale menzione anche in diversi codici deontologici¹⁶.

Dall'analisi dell'articolo del codice penale disciplinante il referto, si evince come il *soggetto attivo* del reato sia colui che esercita legalmente una professione sanitaria, mentre ne sono esclusi gli esercenti un'arte ausi-

¹⁴ N.B. Oltre al referto/denuncia di reato, ne fanno parte le *denunce sanitarie obbligatorie, certificazioni obbligatorie*, ecc. (vedi capitolo al riguardo).

¹⁵ art. 365 c.p. (*Omissione di referto*): "Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere di ufficio, omette o ritarda di riferire all'autorità indicata nell'art. 361, è punito con la multa fino ad € 516,00. Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale. Procedibilità d'ufficio."

¹⁶ *Obbligo del referto*: CdMC art. 10 - CdInf art. 33 - CdTSRM art. 5.4 - CdI.D art. 20 - CdE.P Resp. nei confronti della professione, art. 6.

liare delle professioni sanitarie. *Soggetto passivo* del reato è lo Stato che dall'omesso o ritardato referto viene impedito o ostacolato nell'esplicare una delle sue funzioni fondamentali, cioè l'amministrazione della giustizia.

Si tratta di un reato *omissivo* e l'omissione punibile è quella *dolosa*, cioè la volontà di omettere o di ritardare la presentazione del referto, pur sapendo che in tale circostanza esso si doveva presentare (dolo generico). Non occorre invece il dolo specifico, ossia non presentare o ritardare il referto col preciso intento di ostacolare il corso della giustizia.

L'articolo recita "casi che *possono* presentare i caratteri di reato procedibile d'ufficio", il che significa che il referto deve essere presentato anche di fronte al solo sospetto che si possa trattare di un reato procedibile d'ufficio, in quanto spetterà alla magistratura verificarne la sua reale sussistenza o meno. Siamo quindi di fronte ad un cosiddetto *reato di pericolo*.

La sanzione, oltre alla multa prevista dalla legge, può comportare anche, quale pena accessoria, l'interdizione all'esercizio della professione per una durata non inferiore a un mese.

5.1.2. La prestazione professionale

L'operatore sanitario è tenuto al referto quando abbia effettuato personalmente, o in collaborazione con altri, una prestazione professionale nei confronti di terzi, visitando, diagnosticando e curando, cioè, constatando direttamente. Dopo avere accertato che il suo intervento professionale *può* essere messo in relazione con un delitto procedibile d'ufficio, deve presentare il referto nelle forme e nei termini stabiliti dalla legge, limitando la propria indagine alla valutazione tecnica del fatto che ha richiesto il suo intervento, senza indagare sulla vera natura giuridica dello stesso, che, come detto, compete al magistrato.

Non ha rilievo che il medico abbia agito da solo o con altri sanitari nel medesimo caso e, in quest'ultima evenienza, che sia intervenuto insieme, prima o dopo gli altri; neppure importa che la prestazione sia stata richiesta o spontanea, remunerata o gratuita, perché il referto andrà comunque presentato.

Non esiste obbligo di referto quando il sanitario, non potendo intervenire personalmente, abbia unicamente consigliato il trasporto del paziente in ospedale.

Per quanto riguarda l'intervento professionale, l'articolo 365 c.p. fa una distinzione fra assistenza ed opera, dovendosi, secondo dottrina prevalente, intendere per *assistenza* una prestazione professionale avente carattere di continuità o comunque attuata sul vivente, mentre l'*opera* riguarderebbe un

intervento singolo, occasionale o transitorio, eseguito anche solo su tracce biologiche o resti di cadavere.

5.1.3. Formalità e contenuto del referto

L'articolo 334 c.p.p.¹⁷ disciplina la parte formale del referto, indicando termine di presentazione, destinatari e modalità della compilazione.

Così il referto va presentato entro le *48 ore "o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente"*, termine quest'ultimo riferito a quei casi in cui l'Autorità giudiziaria deve intervenire senza indugio, ad esempio, per interrogare un soggetto in gravi condizioni di salute per le lesioni riportate.

Il referto deve essere indirizzato *"al pubblico ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo"*, o, in loro mancanza, all'*"ufficiale di polizia giudiziaria"* (art. 57 c.p.p.¹⁸) più vicino. Non inoltrare il referto alle autorità indicate dalla legge, equivale all'omissione¹⁹.

Quanto al contenuto, il referto deve indicare la persona alla quale è stata prestata assistenza o opera e, se possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga ad identificarla nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato e/o può causare. Si tratta di una valutazione tecnica diagnostica e prognostica, che si completa con l'indagine meticolosa

¹⁷ art. 334 c.p.p. (*Referto*): "1. Chi ha l'obbligo del referto deve farlo pervenire entro quarantotto ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al pubblico ministero o qualsiasi ufficio di polizia giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria opera o assistenza ovvero, in loro mancanza, all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino. - 2. Il referto indica la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga a identificarla nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze dell'intervento; dà inoltre le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare. - 3. Se più persone hanno prestato la loro assistenza nella medesima occasione, sono tutte obbligate al referto, con facoltà di redigere e sottoscrivere un unico atto".

¹⁸ art. 57 c.p.p. (*Ufficiali e agenti di polizia giudiziaria*): "1. Salve le disposizioni delle leggi speciali sono ufficiali di polizia giudiziaria: a) i dirigenti, i commissari, gli ispettori, i sovrintendenti e gli altri appartenenti alla polizia di Stato ai quali l'ordinamento dell'amministrazione della pubblica sicurezza riconosce tale qualità; b) gli ufficiali superiori e inferiori e i sottufficiali dei carabinieri, della guardia di finanza, degli agenti di custodia e del corpo forestale dello Stato nonché gli altri appartenenti alle predette forze di polizia ai quali l'ordinamento delle rispettive amministrazioni riconosce tale qualifica; c) il sindaco dei comuni ove non abbia sede un ufficio della polizia di Stato ovvero un comando dell'arma dei carabinieri o della guardia di finanza/...".

¹⁹ N.B. In pratica il referto va inoltrato ad una stazione dei carabinieri, o ad un ufficio di pubblica sicurezza, o, quando esiste, al posto fisso di polizia distaccato presso il pronto soccorso di un ospedale.

delle circostanze in cui il fatto si è svolto onde verificare se si è trattato di accidentalità, di un fatto doloso o colpose, in quanto da essa dipenderà la decisione se si debba o meno presentare il referto. Il non rispetto di tali requisiti equivale all'omissione di referto.

Il referto, solitamente stilato su carta intestata del medico, si completa con l'indicazione del luogo, giorno e ora della sua compilazione, oltre, naturalmente, la firma del/dei sanitario/i refertante/i.

5.1.4. Esimenti il referto

Due sono le situazioni in cui l'operatore sanitario *può* decidere di non presentare referto, quindi *esimersi* dalla refertazione, una riferita alla persona assistita, l'altra allo stesso professionista.

La prima esimente è prevista dall'articolo 365 c.p. allorché recita che la "*disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale*", antepoendo così il legislatore il diritto alla salute della persona all'interesse pubblico dell'amministrazione della giustizia. Il fine dell'esenzione è quello di evitare che una persona ferita o comunque bisognosa di cura eviti di ricorrere all'assistenza sanitaria necessaria, mettendo così a rischio la propria salute o vita, nel timore di dover rendere conto di un eventuale delitto compiuto²⁰. L'esimente sussiste comunque solo nei confronti della persona assistita e solo nel caso in cui questa possa essere sottoposta a procedimento penale in diretta conseguenza alla presentazione del referto. Spetta al professionista valutare con buon senso se fare uso o meno dell'esimente, in quanto, se non si avvale di questa disposizione, potrebbe anche rendersi responsabile di violazione del segreto professionale ed essere tenuto alla riparazione dei danni morali e materiali che potrebbero derivare dalla refertazione.

L'altra circostanza esimente riguarda il professionista stesso, allorché non presenta referto perché costretto dalla necessità di salvare se stesso o un suo prossimo congiunto da un grave e inevitabile nocumento alla li-

²⁰ Es. Il medico potrà esimersi dal presentare referto, quando presta assistenza ad un soggetto feritosi durante una *rissa* o nell'*atto di compiere un altro delitto*, quando assiste una donna che ha commesso *infanticidio*, o quando si trova a curare un soggetto che ha commesso atti di *autolesionismo a scopo di frode* (reati solitamente procedibili d'ufficio).

bertà o all'onore²¹, situazione rientrante nei "casi di non punibilità" (ex art. 384 c.p.²²) ed equiparabile ad uno "stato di necessità" (ex art. 54 c.p.).

Riassumendo, affinché sorga l'obbligo del referto, il professionista sanitario, esercente un servizio di pubblica necessità, deve avere prestato la propria *assistenza o opera* in casi che *possono* presentare i caratteri di un reato procedibile d'ufficio, sempre che non sussistono circostanze esimenti. Per non incorrere nel reato di omissione di referto, vanno inoltre rispettate le formalità della sua compilazione e di presentazione.

5.2. La denuncia di reato (rapporto)

La denuncia di reato ("rapporto") è l'*atto col quale il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio denuncia all'autorità giudiziaria un reato procedibile d'ufficio, di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni o del suo incarico.*

Al pubblico ufficiale e all'incaricato di un pubblico servizio (vedi capitolo "le professioni sanitarie"), spetta il compito di denunciare per iscritto ogni reato procedibile d'ufficio, anche quando non è stata individuata la persona cui attribuire il reato stesso. Non sono vincolati all'obbligo di denunciare un reato unicamente i responsabili di una comunità terapeutica socio-riabilitativa, che seppur inquadrabili quali incaricati di un pubblico servizio, qualora il fatto sia stato commesso da una persona tossicodipendente loro affidata per l'esecuzione di un programma definito da un servizio pubblico²³.

²¹ Es. Può trattarsi di casi in cui il sanitario si trova a curare una persona ferita da lui stesso o da un suo prossimo congiunto.

²² art. 384 c.p. (*Casi di non punibilità*): "Nei casi previsti dagli artt. 361, 362, 363, 364, 365, 366, 369, 317bis, 371ter, 372, 373, 374 e 378, 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. Nei casi previsti dagli artt. 371bis, 371ter, 372 e 373, la punibilità è esclusa se il fatto è commesso da chi per legge non avrebbe dovuto essere richiesto di fornire informazioni ai fini delle indagini o assunto come testimone, perito, consulente tecnico o interprete, ovvero non avrebbe potuto essere obbligato a deporre o comunque a rispondere o avrebbe dovuto essere avvertito della facoltà di astenersi dal rendere informazioni, testimonianza, perizia, consulenza o interpretazione."

²³ art. 361 c.p. (*Omissa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale*): "Il pubblico ufficiale, il quale omette o ritarda di denunciare all'Autorità giudiziaria o ad 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 € 30 a € 516. /.../ Le disposizioni precedenti non si applicano se si tratta di delitto punibile a querela della persona offesa. Procedibilità d'ufficio." - art. 362 c.p. (*Omissa denuncia da parte di un incaricato di pubblico servizio*): "L'incaricato di un pubblico servizio che omette o ritarda di denunciare all'Autorità

La denuncia di reato deve riportare gli elementi essenziali del fatto, il giorno in cui il professionista è venuto a conoscenza della notizia e le fonti di prova eventualmente già note. Vanno inoltre annotate, per quanto possibile, le generalità, il domicilio e tutto quanto può essere utile all'identificazione della persona alla quale viene attribuito il fatto, della vittima e di coloro che possono riferire circostanze utili per la ricostruzione degli avvenimenti²⁴. In ambito ospedaliero, presso il pronto soccorso o il servizio di accettazione, sono solitamente a disposizione appositi stampati da compilare.

In sintesi, seppure il referto e la denuncia di reato costituiscano entrambi obblighi di informativa all'amministrazione della giustizia qualora un operatore sanitario venga a conoscenza di un reato procedibile di ufficio, tra loro esistono alcune differenze:

- l'obbligo del referto si riferisce agli esercenti un servizio di pubblica necessità (libero professionista), quello della denuncia di reato a tutti gli operatori sanitari che rivestono la carica di pubblico ufficiale o di incaricato di un pubblico servizio (dipendenti di un pubblico servizio);

- il referto va redatto di fronte all'ipotesi di delitti procedibili d'ufficio, mentre la denuncia di reato segnala sia i delitti sia le contravvenzioni procedibili d'ufficio;

- il referto è una valutazione tecnica di natura diagnostica e prognostica sulla natura delle lesioni, le sue cause, i mezzi usati e le conseguenze che ne sono derivate e possono derivarne (guarigione, pericolo di vita, postumi), la denuncia di reato presenta invece caratteristiche più strettamente

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 € 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. Procedibilità d'ufficio.”

²⁴ art. 331 c.p.p. (*Denuncia da parte di pubblici ufficiali e incaricati di un pubblico servizio*): “1. Salvo quanto stabilito dall'art. 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 un 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. /.../” – art. 332 c.p.p. (*Contenuto della denuncia*): “1. La denuncia contiene la esposizione degli elementi essenziali del fatto e indica il giorno dell'acquisizione della notizia nonché le fonti di prova già note. Contiene inoltre, quando è possibile, le generalità, il domicilio e quanto altro valga alla identificazione della persona alla quale il fatto è attribuito, della persona offesa e di coloro che siano in grado di riferire su circostanze rilevanti per la ricostruzione dei fatti.”

giudiziarie, limitandosi a dare notizia del fatto, indicandone l'eventuale reo, la vittima, i testimoni e gli elementi di prova già raccolti;

- per il referto non vi è obbligo di presentazione se questa potrebbe esporre la persona assistita a procedimento penale, mentre la denuncia di reato deve essere presentata in ogni caso;

- il referto deve solitamente essere presentato entro 48 ore, la denuncia di reato deve essere trasmessa "senza ritardo".

10. Alcuni delitti procedibili d'ufficio riscontrabili nell'esercizio delle professioni sanitarie

1. Introduzione

Spetta al sanitario valutare, attraverso i dati tecnico-clinici direttamente osservati, se il caso che ha richiesto il suo intervento sia attribuibile a cause spontanee, oppure se, per sua natura e circostanze nelle quali si è verificato¹, possa presentare i caratteri di un delitto procedibile d'ufficio, ricordando che l'obbligo dell'informativa all'amministrazione della giustizia sussiste anche quando la procedibilità d'ufficio si prospetti soltanto possibile.

Richiedono la presentazione del referto o della denuncia di reato, in quanto procedibili d'ufficio, le seguenti evenienze che il professionista può aver modo di riscontrare durante la sua attività:

1. - *delitti contro la vita* (omicidio doloso, preterintenzionale, colposo; omicidio del consenziente; infanticidio; morte conseguente ad altro delitto; istigazione o aiuto al suicidio; omissione di soccorso; abbandono di minori o incapaci; - vedi capitolo a riguardo);

2. - *delitti contro l'incolumità individuale* (rissa, alcuni tipi di lesioni personali; - vedi capitolo a riguardo);

3. - *delitti contro l'incolumità pubblica* (epidemia, avvelenamento di acque o di sostanze alimentari; adulterazione e contraffazione di sostanze alimentari; adulterazione e contraffazione di altre cose in danno alla salute pubblica; commercio di sostanze alimentari contraffatte o adulterate; commercio o somministrazione di medicinali guasti; commercio di sostanze alimentari nocive; somministrazione di medicinali in modo pericoloso per

¹ Es. Una lesione di origine traumatica, può fare sorgere il sospetto di una sua genesi delittuosa, ragion per cui il sanitario non deve limitarsi alla sua diagnosi clinica, ma indagare anche sulle cause e circostanze in cui si è prodotta, per accertare se trattasi di una causa fortuita, accidentale, dolosa o colposa, senza necessità però di esprimersi sui moventi o altri elementi del fatto stesso, indagine che spetta al magistrato.

la salute pubblica, delitti colposi contro la salute pubblica; - vedi capitolo al riguardo);

4. - *alcune forme di violenza sessuale* (tra cui, quella commessa da un ascendente, un genitore, anche adottivo o da un convivente del genitore, dal tutore o da persona cui il minore è affidato per cura, educazione, istruzione, vigilanza o custodia o che abbia con esso una relazione di convivenza, nei confronti di minore degli anni diciotto; quella commessa da pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle proprie funzioni; quella commessa in concomitanza di altro delitto per cui si debba procedere d'ufficio; quella commessa in gruppo; vedi capitolo a riguardo);

5. - *interruzioni dolose, preterintenzionali e colpose di gravidanza* (vedi capitolo a riguardo);

6. - *Delitti di manomissione di cadavere*², reati cioè contro la pietà dei defunti (vilipendio di cadavere, art. 410 c.p.³; la distruzione, soppressione o sottrazione di cadavere, art. 411 c.p.⁴; l'occultamento del cadavere, di parti di esso, o delle ceneri, art. 412 c.p.⁵; l'uso illegittimo di cadavere, art. 413

² N.B. La tutela penale si riferisce al *cadavere* propriamente detto, cioè il corpo dell'uomo dopo la morte, alle sue parti, purché sia riconoscibile la loro appartenenza al corpo umano privo di vita, nonché le sue ceneri.

³ art. 410 c.p. (*Vilipendio di cadavere*): "Chiunque commette atti di vilipendio sopra un cadavere o sulle sue ceneri è punito con la reclusione da uno a tre anni. Se il colpevole deturpa o mutila il cadavere, o commette, comunque, su questo atti di brutalità o di oscenità, è punito con la reclusione da tre a sei anni. Procedibilità d'ufficio." - Es. Vengono puniti gli atti volontari che manifestano oltraggio e disprezzo nei confronti del cadavere o delle sue ceneri. Se il cadavere viene deturpato, mutilato, o se su di esso si commettono atti di brutalità o oscenità, il reato è aggravato.

⁴ art. 411 c.p. (*Distruzione, soppressione o sottrazione di cadavere*): "Chiunque distrugge, sopprime o sottrae un cadavere, o una parte di esso, ovvero ne sottrae o disperde le ceneri, è punito con la reclusione da due a sette anni. La pena è aumentata se il fatto è commesso in cimiteri o in altri luoghi di sepoltura, di deposito o di custodia. Non costituisce reato la dispersione delle ceneri di cadavere, autorizzata dall'ufficiale dello stato civile sulla base di espressa volontà del defunto. La dispersione delle ceneri non autorizzata dall'ufficiale dello stato civile, o effettuate con modalità diverse rispetto a quanto indicato dal defunto, è punita con la reclusione da due mesi a un anno e con la multa da € 2.582,00 a € 12.911,00. Procedibilità d'ufficio." - Es. Si punisce chi *distrugge* riducendo a nulla il cadavere, o bruciandolo o provocandone il disfacimento tramite sostanze corrosive; *sopprimere* il cadavere significa farlo sparire in modo da non essere più ritrovabile; mentre il termine di *sottrazione* di cadavere si intende trafugare e nascondere la salma in modo permanente e definitivo, ad esempio, in una colata di cemento.

⁵ art. 412 c.p. (*Occultamento di cadavere*): "Chiunque occulta un cadavere, o una parte di esso, ovvero ne nasconde le ceneri, è punito con la reclusione fino a tre anni. Procedibilità d'ufficio." - Es. L'articolo si riferisce alle situazioni in cui il nascondimento del cadavere è solo temporaneo e fatto in modo che possa presto o tardi essere ritrovato. Ne può costituire esempio, la madre che tace la morte del figlio, onde tenerlo ancora vicino a sé, così ritardandone la rimozione e sepoltura.

c.p.⁶);

7. - *Delitti contro la libertà individuale* (sequestro di persona; la perquisizione e ispezione personali arbitrarie; la violenza privata; la minaccia; lo stato di incapacità procurata mediante violenza; vedi capitolo a riguardo);

8. - *delitti contro la famiglia* (abuso dei mezzi di correzione o disciplina; maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli; vedi capitolo riguardante la tutela dei soggetti fragili).

Alcune circostanze, seppur senza apparente connessione con delitti procedibili d'ufficio, richiedono comunque la presentazione del referto/denuncia di reato.

Così di fronte ad un *suicidio* o di tentato suicidio, comportamenti ovviamente non previsti quali reati, la comunicazione si può rendere necessaria al fine di permettere al magistrato di verificare se nell'attuazione dell'atto autosoppressivo vi sia stata istigazione o aiuto al suicida da parte di terzi (vedi capitolo riguardante i reati contro la vita).

Nel caso di *morte sospetta*, quando, cioè, non sia ancora nota la vera causa della morte e sussista il dubbio circa la sua natura spontanea, accidentale o violenta, vi è l'obbligo informare l'Autorità giudiziaria per i necessari accertamenti⁷.

Va inoltre segnalato l'*infortunio lavorativo*, esitato in lesioni personali gravi o gravissime o nella morte, poiché, nonostante l'apparente accidentalità del fatto, si potrebbero ravvisare responsabilità colpose del datore di lavoro per trasgressione delle norme di prevenzione antinfortunistica. In altri casi potrebbe essere necessario verificare se si sia trattato di un delitto doloso, quali i casi in cui l'infortunio è stato intenzionalmente provocato da terzi per odio, vendetta o sabotaggio.

⁶ art. 413 c.p. (*Uso illegittimo di cadavere*): "Chiunque dissezione o altrimenti adopera un cadavere, o una parte di esso, a scopi scientifici o didattici, in casi non consentiti dalla legge, è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa fino a € 516. La pena è aumentata se il fatto è commesso su cadavere, o su parte di esso, che il colpevole sappia essere stato da altri mutilato, occultato o sottratto. Procedibilità d'ufficio." - Es. Tale reato è commesso da chiunque disseziona o usa altrimenti il cadavere o una parte di esso a scopi scientifici o didattici non consentiti dalla legge.

⁷ art. 116 att. c.p.p. (*Indagini sulla morte di persona per la quale sorge sospetto di reato*): "Se per la morte di una persona sorge sospetto di reato, il procuratore della Repubblica accerta la causa della morte e, se lo ravvisa necessario, ordina l'autopsia secondo le modalità previste dall'art. 360 del codice ovvero fa richiesta di incidente probatorio, dopo avere compiuto le indagini occorrenti per l'identificazione. /.../."

2. Delitti contro la vita

Rientrano fra i *delitti contro la vita*, oltre l'omicidio nelle sue diverse forme, l'istigazione o l'aiuto al suicidio, la morte conseguente ad altro delitto, l'abbandono di persone minori o incapaci e, eventualmente se ne deriva la morte, l'omissione di soccorso, tutte fattispecie di reato che possono richiedere l'intervento del professionista sanitario, obbligato allora di darne comunicazione, attraverso il referto o la denuncia di reato, alle autorità giudiziarie.

2.1. Omicidio

2.1.1. Introduzione

La soppressione della vita, bene supremo, indisponibile e inviolabile, di una persona costituisce un fatto gravissimo, contrario sia alle normali relazioni interpersonali sia all'ordine costituito della società, un danno irreparabile non solo per la vittima ma anche per la collettività, turbata da un comportamento atipico, insolito e spesso violento.

Numerosi possono essere i moventi all'origine di un omicidio, quali gelosia, odio, vendetta o fanatismo, rabbia, paura, motivi economici, ecc., mentre in altre occasioni può sembrare assolutamente immotivato e irrazionale o essere espressivi di una sintomatologia psichiatrica florida. L'occasione per l'uccisione può essere un diverbio, un dissidio, una lite, una rissa, un furto o una rapina, un regolamento di conti, una semplice bravata, l'obbedienza a certe regole, codici o ideologie non condivisi dalla società costituita, come quello attuato dalla criminalità organizzata o dal terrorismo, ecc. Tra gli autori del reato si possono ritrovare sia soggetti cosiddetti antisociali o marginali (alcolisti, tossicodipendenti, ecc.), sia persone percepite come assolutamente "normali", in quanto prima di tale fatto mai hanno messo in atto alcun comportamento illecito o dato segni di squilibrio, sia individui con gravi problematiche psichiche. Le personalità dei diversi rei possono così presentare caratteristiche quanto mai varie, evidenziandosi, a seconda del caso, malvagità, crudeltà, marcata aggressività o impulsività, egoismo, immaturità psichica, disadattamento familiare e sociale, fino ad evidenziare gravissimi disturbi mentali.

A seconda dell'elemento psicologico del reato, l'omicidio si distingue in doloso, colposo o preterintenzionale.

2.1.2. Omicidio doloso

Nell'*omicidio doloso*, o secondo intenzione, o volontario (art. 575 c.p.⁸), il soggetto attivo ha voluto provocare la morte della vittima⁹, compiendo l'illecito, che non trova una causa giustificativa¹⁰, usando un mezzo idoneo¹¹; il reo ha quindi posto in essere una condotta idonea, commissiva (es. sparare con un'arma da fuoco) o omissiva (es. non fornire il nutrimento), che porta all'evento, la morte, voluto e preveduto¹².

La pena prevista è quella della reclusione non inferiore a ventuno anni. Aggravano¹³ il delitto, aumentando quindi la pena detentiva, l'aver agito con premeditazione¹⁴, per futili o abietti motivi, con l'uso di sevizie o con particolare crudeltà¹⁵, avere usato il veleno o altri mezzi insidiosi, aver uc-

⁸ art. 575 c.p. (*Omicidio*): "Chiunque cagiona la morte di un uomo è punito con la reclusione non inferiore ad anni ventuno. Procedibilità d'ufficio."

⁹ N.B. Nell'ambito dell'omicidio volontario si possono annoverare diverse sottocategorie, solitamente costituenti circostanze aggravanti e quindi determinanti un aumento della pena. Così si parla di *assassinio* quando la vittima viene uccisa con un'azione vile, proditoria o premeditata, di *veneficio* nel caso in cui vi è l'uso del veleno, di *parricidio* ad indicare l'uccisione di ascendenti o discendenti, di *uxoricidio*, se la vittima è il coniuge, di *fratricidio* se l'ucciso è la sorella o il fratello e di *figlicidio* se è il figlio.

¹⁰ Es. Così non viene, ad esempio, incolpato di omicidio il soldato che uccide il nemico (art. 53 c.p.: Uso legittimo delle armi; - art. 51 c.p.: Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere), o chi uccide per legittima difesa (art. 52 c.p.) o in uno stato di necessità (art. 54 c.p.).

¹¹ N.B. I mezzi usati per uccidere possono essere: materiali (armi bianche o da fuoco, corpi contundenti, corrente elettrica, mezzi asfittici, veleni, ecc.) o morali (es. la morte conseguente a un trauma psichico violento, quale un forte spavento inferto ad un soggetto notoriamente cardiopatico).

¹² Es. L'autore spara un colpo di arma da fuoco (mezzo idoneo) alla testa della vittima, mettendo quindi in atto un comportamento di cui prevede e vuole l'esito.

¹³ art. 576 c.p. (*Circostanze aggravanti*): "Si applica la pena dell'ergastolo se il fatto preveduto dall'articolo precedente è commesso /.../ - 2. contro l'ascendente o il discendente, quando concorre taluna delle circostanze indicate nei numeri 1 e 4 dell'art. 61 o quando è adoperato un mezzo venefico o un altro mezzo insidioso ovvero quando vi è premeditazione; - 3. dal latitante /.../ - 4. dall'associato per delinquere /.../ - 5. nell'atto di commettere taluno dei delitti preveduti dagli artt. 609 bis e 609 ter /.../". - art. 577 c.p. (*Altre circostanze aggravanti*): "Si applica la pena dell'ergastolo se il fatto preveduto dall'art. 575 è commesso: 1. contro l'ascendente o il discendente; - 2. col mezzo di sostanze venefiche, ovvero con altro mezzo insidioso; - 3. con premeditazione; /.../ - La pena è della reclusione da ventiquattro a trenta anni, se il fatto è commesso contro il coniuge, il fratello o la sorella, il padre o la madre adottivi, o il figlio adottivo o contro un affine in linea retta."

¹⁴ N.B. La *premeditazione* rende più intenso il dolo, in quanto dimostrativa di una continuità e perseveranza nella volontà di uccidere (accurata preparazione e scelta del momento opportuno).

¹⁵ art. 61 c.p. (*Circostanze aggravanti*): "Aggravano il reato /.../ 1. l'aver agito per motivi abietti o futili /.../ - 4. l'aver adoperato sevizie o l'aver agito con crudeltà verso le persone /.../".

ciso nel corso di una violenza sessuale, o provocato la morte di un'ascendente, discendente, coniuge o affine¹⁶.

Sono però anche previste delle circostanze attenuanti¹⁷, quali ad esempio moventi di particolare valore morale e sociale, o aver commesso il fatto per suggestione di una folla in tumulto.

2.1.3. Omicidio colposo

Nell'*omicidio colposo*, o contro intenzione (art. 589 c.p.¹⁸), la morte non è voluta dall'autore, ma si è verificata a causa di un comportamento connotato da negligenza, imperizia o imprudenza, ovvero da inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline. L'esito mortale non è quindi voluto, ma era prevedibile e quindi evitabile.

Si tratta di un reato relativamente frequente, considerando anche le molteplici situazioni in cui può verificarsi (traffico stradale¹⁹, infortuni e malattie del lavoro, attività professionali, specie quelle sanitarie²⁰, ecc.).

A seconda della circostanza in cui l'omicidio colposo si verifica, le pene previste spaziano da sei mesi a cinque anni, da due a cinque anni, fino ad arrivare a dodici anni nel caso si verifichi la morte di più persone.

¹⁶ N.B. Nel *mezzo insidioso*, l'insidiosità non è tanto determinata dalla natura quanto dalla modalità fraudolenta del suo impiego che impedisce alla vittima qualsiasi forma di difesa. Fra questi rientra il *veleno*, sostanza solubile, ad azione tossica e agente in piccola quantità, solitamente somministrato all'ignara vittima con cibo o bevande. Altri mezzi insidiosi: batteri o virus patogeni immessi negli alimenti o bevande, la corrente elettrica, le radiazioni ionizzanti, gli esplosivi, ecc. Rientrano inoltre nella categoria dell'insidiosità o della premeditazione l'*agguato* (attendere la vittima ignara in un luogo dove si sa deve passare), la *prodizione* (carpendo la buona fede della vittima, viene attirata in un luogo opportuno per commettere il reato) o il *mandato* (incaricare altri ad uccidere in propria vece).

¹⁷ art. 62 c.p. (*Circostanze attenuanti comuni*): "Attenuano il reato /.../ 1. l'aver agito per motivi di particolare valore morale o sociale; - 2. l'aver reagito in stato di ira, determinato da un fatto ingiusto altrui; - 3. l'aver agito per suggestione di una folla in tumulto /.../."

¹⁸ art. 589 c.p. (*Omicidio colposo*): "Chiunque cagiona per colpa la morte di una persona è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni. Se il fatto è commesso con la violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale o di quelle per la prevenzione degli infortuni sul lavoro la pena è della reclusione da due a cinque anni. /.../. Procedibilità d'ufficio."

¹⁹ Es. In queste circostanze un omicidio colposo può derivare dal superamento del limite di velocità che non consente di evitare l'investimento di un pedone.

²⁰ Es. In campo sanitario un omicidio colposo potrebbe derivare da un esame radiologico con mezzi di contrasto attuato senza accurata anamnesi circa eventuali problemi di intolleranza, da cui uno shock anafilattico mortale.

2.1.4. Omicidio preterintenzionale

Nell'*omicidio preterintenzionale*, o oltre l'intenzione (art. 584 c.p.²¹), siamo di fronte ad una uccisione non voluta dall'autore, ma che è il risultato non voluto né preveduto di una azione volontaria consistente in una percossa o in una lesione personale; in questa fattispecie dunque, la volontà del reo era solo quella di percuotere o di ledere (il cosiddetto delitto base), ma non quella di uccidere. L'evento della morte (il cosiddetto evento ulteriore) si è quindi verificato per l'imprevisto intervento di concause o di circostanze particolari, non volute e non previste dal reo e che hanno aggravato il reato voluto portando all'esito mortale non voluto²².

Si tratta di un'evenienza poco frequente, punita con la reclusione da dieci a diciotto anni.

2.1.5. Omicidio del consenziente

L'*omicidio del consenziente* (art. 579 c.p.²³), alcuni autori parlano di "suicidio per procura" o di "suicidio per mano altrui", si configura nel momento in cui taluno cagiona la morte di una persona con il consenso di quest'ultima. Colui che attua una tale forma di uccisione presenta sì la volontà di uccidere (in modo commissivo o omissivo), ma questo suo atto consegue ad una precisa richiesta da parte della vittima. Affinché la richiesta e quindi il consenso della vittima possa essere ritenuto valido e libero, questo non deve ovviamente essere stato estorto con violenza, minaccia, suggestione o carpito con l'inganno, essere dato da soggetto maggiorenne, esente da alterazioni psichiche latamente intese o deficienza psichica per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti.

²¹ art. 584 c.p. (*Omicidio preterintenzionale*): "Chiunque, con atti diretti a commettere uno dei delitti preveduti dagli artt. 581 (percosse) e 582 (lesioni personali), cagiona la morte di un uomo, è punito con la reclusione da dieci a diciotto anni. Procedibilità d'ufficio."

²² Es. una ferita volontariamente provocata, va incontro ad una complicità settica, con la morte, non voluta, della vittima; - in seguito ad una percossa, la vittima perde l'equilibrio, cade a terra e muore per trauma cranico.

²³ art. 579 c.p. (*Omicidio del consenziente*): "Chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui, è punito con la reclusione da sei a quindici anni. /.../ Si applicano le disposizioni relative all'omicidio se il fatto è commesso: 1. Contro una persona minore degli anni diciotto; - 2. Contro una persona inferma di mente, o che si trova in condizione di deficienza psichica, per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti; - 3. Contro una persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpito con l'inganno. Procedibilità d'ufficio."

Tale tipologia di reato è punita con una pena detentiva variabile dai sei ai quindici anni, pena ridotta quindi rispetto all'omicidio volontario sia per l'influenza minoratrice del consenso, sia per la minore pericolosità sociale riconosciuta all'autore.

L'omicidio del consenziente è una fattispecie che rimanda sia alle situazioni di *omicidio-suicidio*, evenienza in cui può però accadere che chi uccide il partner consenziente sopravviva o perché il suicidio non è riuscito o perché non ha avuto il coraggio di attuarlo²⁴, sia all'*eutanasia*²⁵.

2.1.5.1. Eutanasia

Con il termine *eutanasia* si suole indicare la “buona morte”, una morte cioè, senza dolore e/o atroci sofferenze. In sostanza si parla di eutanasia allorquando viene posto in essere o una condotta diretta a produrre o accelerare, oppure un non-intervento atto a evitare o ritardare, la morte di una persona assistita che versa in condizioni di malattia inguaribile, caratterizzata da grave sofferenza non trattabile con le comuni terapie e di cui è prevedibile l'esito mortale a breve scadenza. In questo senso si è soliti a distinguere una eutanasia *attiva* o diretta, commissiva quindi attraverso, ad esempio, la somministrazione al paziente di una sostanza letale, e una eutanasia *passiva* o indiretta. Quest'ultima può a sua volta assumere la forma di *paraeutanasia* (in prossimità della morte viene unicamente mantenuta la terapia analgesica, mentre vengono intenzionalmente sospese quelle di mantenimento o curative, essenziali al mantenimento della vita), *eutanasia larvata* (si somministrano analgesici a dosi massive, appena inferiori a quelle letali, ma che abbreviano la vita), e *ortoeutanasia* (viene sospeso ogni tipo di trattamento)²⁶.

²⁴ N.B. L'*omicidio-suicidio* è di più frequente osservazione là dove tra i protagonisti esistono legami affettivi molto stretti e i partners non sopportano l'idea di poter sopravvivere l'uno all'altro, a volte in gravissime condizioni di salute; altre volte può maturare in una condizione di grave stato depressivo, con idee deliranti, di rovina, persecutorie, ragion per cui l'autore, percependo la sua vita come intollerabile, uccide anche uno o più familiari per evitare loro di dover vivere in un “mondo di sofferenza e senza speranza”.

²⁵ N.B. Notoriamente in alcuni Stati esteri esistono norme disciplinanti l'*eutanasia*, mentre in Italia è vietata ed espressamente contemplata da diversi codici deontologici: CdMC art. 17 - CdInf art. 38.

²⁶ N.B. A margine e per completezza si citano forme di eutanasia unicamente dettate da ragioni utilitaristiche: eutanasia *eugenica* (eliminazione indolore di soggetti deformi); eutanasia *economica* (eliminazione in dolore di gravi invalidi, visti come inutili e costosi per la società); eutanasia *criminale* (uccisione indolore di soggetti socialmente pericolosi).

In sintesi, eutanasia significa porre in essere una condotta, commissiva o omissiva, diretta a porre fine alla vita, diritto personalissimo e indisponibile, di una persona; in base al nostro ordinamento, viene quindi attuato un comportamento gravemente delittuoso.

Discusso rimane comunque il problema circa l'obbligo dell'uso di mezzi cosiddetti straordinari, allorché questi siano ormai inutili e quando la vita è già vicina alla fine. Così è da considerarsi lecita, anche deontologicamente²⁷, l'interruzione dell'applicazione o uso di mezzi diagnostici e terapeutici sproporzionati, che, ad esempio, comportano rischi pesanti o che non portano ad un ripristino o mantenimento di una sufficiente qualità della vita e che quindi sarebbero ragionevolmente inaccettabili da parte del paziente. Va da sé che qualsiasi decisione sospensiva del trattamento deve tenere conto del desiderio e della volontà espressa dall'assistito, consultando in questo senso anche i di lui familiari, spesso a conoscenza di quanto il loro congiunto, in queste condizioni, avrebbe deciso. Anche in tali circostanze però, non vanno mai interrotte le cure necessarie, anche nella forma delle cosiddette *cure palliative o del dolore*, recentemente contemplate in apposita legge di Stato²⁸, e espressamente previste per "*la persona affetta da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita, nonché la persona affetta da una patologia dolorosa cronica da moderata a severa*"²⁹.

Direttamente connesso alla volontà del paziente di essere, o meno, sottoposto a trattamenti e cure in situazione di malattia terminale, è il problema del cosiddetto "*testamento biologico*". Si tratta di disposizioni formulate dal soggetto, in condizioni di piena capacità di acconsentire e decidere, e valevoli in un eventuale futuro e solo per circostanze in cui non dovesse più possedere alcuna capacità di consentire o meno a qualsiasi tipo di trat-

²⁷ Accanimento terapeutico: CdMC artt. 16 e 39 - CdInf artt. 35 e 36.

²⁸ La recente legge 15 marzo 2010, n°38, "*Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*", definisce sia le cure "palliative", sia la "terapia del dolore": all'art. 2 (*Definizioni*): "1. Ai fini della presente legge si intende per: a) "*cure palliative*": l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici; b) "*terapia del dolore*": l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore. /.../".

²⁹ Legge 38/10, art. 2 (*Definizioni*) punto c.

tamento medico; il soggetto predispone, cioè, un modulo indicante le proprie volontà circa eventuali terapie e cure future da praticarsi qualora uno stato gravissimo di malattia, con ripercussioni anche sulle facoltà mentali, gli impedisca di acconsentire o meno ai trattamenti. Attualmente tali direttive trovano riscontro sul piano deontologico³⁰, ma non ancora dal punto di vista giuridico.

2.1.6. Infanticidio

L'*infanticidio* (art. 578 c.p.³¹) così come oggi disciplinato, costituisce una fattispecie di reato relativamente recente, introdotta dalla legge n°44 del 25 agosto 1981, che ha sancito l'abrogazione del delitto di cui all'articolo 587, disciplinante l'omicidio e le lesioni per causa di onore.

Si tratta di un reato contro la vita, attuato dalla madre del nascituro, tenuto distinto dall'omicidio, in quanto, sebbene vi sia l'intenzione (si tratta di un delitto doloso) di uccidere il neonato³² o il feto³³ e l'aver usato mezzi idonei a produrne la morte, per essere rubricato come infanticidio l'autrice deve aver compiuto l'atto in accertate *condizioni di abbandono materiale e morale connesse al parto*.

L'uccisione può verificarsi sia immediatamente dopo il parto (infanticidio propriamente detto³⁴), sia durante il parto, cioè, prima che il nascituro

³⁰ *Direttive anticipate*: CdMC artt. 38 e 39 - CdInf art. 37.

³¹ art. 578 c.p. (*Infanticidio in condizioni di abbandono materiale e morale*): "La madre che cagiona la morte del proprio neonato immediatamente dopo il parto, o del feto durante il parto, quando il fatto è determinato da condizioni di abbandono materiale e morale connesse al parto, è punita con la reclusione da quattro a dodici anni. A coloro che concorrono nel fatto di cui al primo com., si applica la reclusione non inferiore ad anni ventuno. Tuttavia, se essi hanno agito al solo scopo di favorire la madre, la pena può essere diminuita da un terzo a due terzi. /.../ Procedibilità d'ufficio." - N.B. per la presentazione o meno della denuncia all'amministrazione della giustizia vedi capitolo riguardante referto e denuncia di reato!

³² Def. Per *neonato* si intende il soggetto, che abbia raggiunto un sufficiente grado di sviluppo, solitamente collocabile dopo il sesto di gestazione, nato di recente, vivo, vitale o non vitale, e completamente espulso dal grembo materno, anche se eventualmente ancora unito alla madre dal cordone ombelicale.

³³ Def. Il *feto*, così come inteso dal *codice penale*, è il prodotto di concepimento nascente, dal momento in cui ha iniziato il suo distacco dall'utero fino a quando si è conclusa l'espulsione dal corpo materno. In *ostetricia*, invece, viene definito feto il prodotto del concepimento che ha iniziato ad assumere forma umana, il che significa dal terzo mese di vita intrauterina.

³⁴ N.B. La morte del neonato deriva per lo più da atti violenti traumatici o asfittici. Dato il requisito dell'immediatezza dopo il parto, saranno evidenziabili segni tipici sia sulla madre sia sul neonato. La *madre* presenterà quindi i segni del parto recente, quali genitali con-

sia completamente uscito dall'alvo materno (impropriamente chiamato feticidio³⁵), evenienza peraltro meno frequente.

Sebbene si parli di "immediatamente" dopo il parto, questa dicitura va messa in rapporto con le circostanze, dato che può succedere che l'uccisione avvenga dopo un certo lasso di tempo perché, ad esempio, la donna è rimasta incosciente dopo aver partorito.

Per la sussistenza di tale fattispecie di reato, deve quindi essere verificata la sussistenza o meno nella donna di una condizione di abbandono materiale e morale³⁶, situazione che deve avere avuto una incidenza determinante nella commissione del fatto.

Il soggetto attivo è, come già accennato, unicamente la madre, che, nel caso esistano le suddette circostanze "attenuanti", subirà una pena detentiva da quattro a dodici anni, mentre gli eventuali terzi partecipanti all'uccisione del neonato rispondono di omicidio, con una reclusione quindi non inferiore ai ventuno anni, pena diminuita da uno a due terzi qualora abbiano agito unicamente allo scopo di favorirla.

2.2. Suicidio

Il suicidio merita una trattazione a parte. Suicidarsi significa porre fine alla propria vita con un'azione volontaria che può essere sia commissiva sia omissiva. Come tale ovviamente non costituisce una fattispecie di reato prevista dal codice penale e non viene nemmeno contemplata una punizione per colui che sopravviva ad un tentato suicidio, vista anche la probabile inefficacia deterrente della minaccia della pena, che anzi potrebbe determinare nel soggetto una più accurata preparazione dell'atto auto-soppressivo.

gesti, tumidi e sanguinanti, lacerazioni recenti del collo dell'utero (la bocca dell'utero è ampiamente beante, sanguinante, grosso e il suo fondo raggiunge il livello della cicatrice ombelicale), della vulva e del perineo, la vagina è atonica e rilassata, le mammelle secernono latte. Sul *neonato* invece, si possono evidenziare la cute imbrattata di sangue materno, di liquido amniotico e di meconio, alle ascelle, al dorso e alle pieghe cutanee degli arti è presente la vernice caseosa.

³⁵ N.B. Se la soppressione del nascituro avviene non appena si ha il disimpegno della sua testa, risulta particolarmente significativa la formazione del tumore da parto.

³⁶ N.B. Stabilire la *sussistenza di una condizione di abbandono morale e materiale*, necessita di una accurata analisi di tutti i fattori di ordine sia familiare, sia ambientali e sociali che possono avere prodotto nella gestante eventuali carenze di tipo materiale, economico, lavorativo e affettivo poi ripercosse sulla di lei psiche e comportamento in modo da portarla all'uccisione del nascituro o neonato. - Una condizione di "abbandono" può letteralmente essere intesa come una situazione in cui la donna gestante o partoriente è lasciata sola, senza alcun tipo di aiuto o sostegno sia materiale sia morale, quando invece, specie nel momento del parto, avrebbe necessitato di soccorso e assistenza.

Nel caso in cui però si verifichi un tale fatto, è, solitamente, necessario presentare referto o denuncia di reato potendo sorgere il sospetto che tale gesto possa essere stato in qualche modo indotto o vi sia stato un qualche aiuto al suicidio da altri, persone queste ultime passabili di severe pene detentive. In queste evenienze si parla di istigazione o aiuto al suicidio (art. 580 c.p.³⁷), reato che punisce chiunque abbia determinato³⁸, rafforzato o agevolato³⁹ in qualche modo l'intento auto-soppressivo del suicida.

2.3. Morte conseguente ad altro delitto

La morte conseguente ad altro delitto (art. 586 c.p.⁴⁰) riguarda l'ipotesi in cui l'agente, compiendo un delitto doloso, quindi voluto e preveduto, per un errore dei mezzi impiegati per la sua esecuzione, causa involontariamente la morte della persona. Si tratta in sostanza di un omicidio colposo aggravato, punito infatti con pene più severe rispetto a quelle previste per l'omicidio colposo.

Tale evenienza si differenzia inoltre dall'omicidio preterintenzionale, dove l'attività colpevole consiste nel voler percuotere o cagionare una lesione personale a terzi, in quanto la fattispecie dolosa qui considerata prevede reati diversi da questi ultimi da cui involontariamente consegue la morte della vittima⁴¹.

³⁷ art. 580 c.p. (*Istigazione o aiuto al suicidio*): "Chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione, è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni. Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da uno a cinque anni, sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima. Le pene sono aumentate se la persona istigata o eccitata o aiutata si trova in una delle condizioni indicate nei numeri 1 e 2 dell'articolo precedente. Nondimeno, se la persona suddetta è minore degli anni quattordici o comunque è priva di capacità d'intendere o di volere, si applicano le disposizioni relative all'omicidio. Procedibilità d'ufficio."

³⁸ Def. Si parla di *determinare* al suicidio, quando terzi fanno sorgere in una persona il proposito a tale gesto, creando un motivo per spingerlo a togliersi la vita (attraverso persuasione, esortazioni), lasciando comunque la decisione ultima al suicida stesso.

³⁹ Es. A volte la decisione parte da soggetto suicida stesso, ma il suo intento viene rafforzato da terzi. Altre volte, terzi possono fornire aiuti materiali ed effettivi al suicida, fornendogli, ad esempio, i mezzi necessari per compiere il suo gesto (arma, veleno, ecc.).

⁴⁰ art. 586 c.p. (*Morte o lesioni come conseguenza di altro delitto*): "Quando da un fatto preveduto come delitto doloso deriva, quale conseguenza non voluta dal colpevole, la morte o la lesione di una persona, si applicano le disposizioni dell'art. 83, ma le pene stabilite negli artt. 589 e 590 sono aumentate."

⁴¹ Es. Morte di una donna per trauma psichico dovuto a violenza sessuale; morte di un soggetto colpito da una pietra scagliata per infrangere una vetrina da un soggetto intento

2.4. Abbandono di persone minori o incapaci

L'abbandono di persone minori o incapaci (art. 591 c.p.⁴²), seppur rubricato fra i reati contro la vita, si differenzia comunque dalle fattispecie sin qui esaminate, in quanto queste ultime costituiscono *delitti di danno*, mentre il presente reato rientra più propriamente tra i *delitti* cosiddetti di *pericolo*. Si parla di "pericolo" proprio perché non ottemperando agli obblighi di custodia, assistenza o cura imposti dalla legge nei confronti di persone, appunto, bisognose di tali supporti, o perché minori di anni 14, o perché incapaci, per malattia psichica o fisica, per vecchiaia, cecità, ubriachezza o altro, di provvedere a se stesse⁴³, il colpevole espone tali soggetti a rischi per quanto riguarda la loro incolumità.

Per la realizzazione del reato, al soggetto attivo deve essere dimostrato il dolo, la consapevolezza e volontà quindi di violare i propri doveri di assistenza o custodia, attraverso comportamenti, commissivi o omissivi, costituendo appunto l'abbandono, sapendo di esporre così l'assistito ad un pericolo. Non è ovviamente necessaria la volontà o la previsione di un danno (morte o lesione personale) nel minore o incapace, evenienze queste che comporterebbero l'accusa o di omicidio o lesione personale dolosi.

2.5. Omissione di soccorso

Anche l'omissione di soccorso (art. 593 c.p.⁴⁴) rientra nei cosiddetti reati di pericolo.

commettere un furto; morte di un soggetto tossicodipendente in seguito alla fornitura di droga da uno spacciatore, ecc.

⁴² art. 591 c.p. (*Abbandono di persone minori o incapaci*): "Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici, ovvero una persona incapace per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia o per altra causa, di provvedere a se stessa, e della quale abbia la custodia o debba avere la cura, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni /.../ La pena è della reclusione da uno a sei anni se dal fatto deriva una lesione personale ed è da tre a otto anni se ne deriva la morte. /.../ Procedibilità d'ufficio."

⁴³ Def. La dicitura "*incapace di provvedere a se stessa*" si riferisce a tutte quelle situazioni, potenzialmente pericolose in caso proprio dell'abbandono, che per un minore o un soggetto incapace sono impossibili o molto difficili da affrontare senza l'aiuto di terzi.

⁴⁴ art. 593 c.p. (*Omissione di soccorso*): "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 2.5000 €. 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 lesio-

Questa fattispecie non riguarda specificamente gli esercenti le professioni sanitarie, essendo l'articolo in questione rivolto a ogni cittadino, ricadendo, infatti, l'obbligo di prestare soccorso su "chiunque".

L'interpretazione del verbo "trovare", usato dal legislatore nell'articolo, non è univoca. Così in senso letterale, può essere inteso come "imbattersi" materialmente, quindi "trovarsi in presenza" di un fanciullo abbandonato o smarrito, di una persona incapace di provvedere a se stessa o ferita, o di un corpo inanimato; mentre in modo più estensivo e generico può significare anche "venire a conoscenza". In base ad una sentenza della Corte di Cassazione del 1978, "trovare" è da intendersi come "trovarsi in presenza", "scorgere", "sentire", "percepire", cioè, direttamente l'esistenza dei requisiti previsti⁴⁵. Qualunque sia l'interpretazione, oltre all'obbligo di prestare soccorso, vi è quello di avvisare l'autorità competente.

Sebbene l'obbligo di soccorso sia un dovere di ogni cittadino, è comunque evidente che per ogni operatore sanitario esiste, oltre all'obbligo giuridico, anche un imperativo deontologico, al quale non si può sottrarre, prestando, in queste situazioni, un soccorso che sia al contempo adeguato alla gravità del caso, alla sua preparazione e alle circostanze in cui avviene⁴⁶.

Va precisato inoltre che un mancato adempimento all'obbligo di soccorso che si verifica nell'ambito di una attività istituzionale, non ricade più sotto la fattispecie di "omissione di soccorso", bensì "omissione o rifiuto di atti di ufficio" (art. 328 c.p.⁴⁷).

ne personale, la pena è aumentata, se ne deriva la morte, la pena è raddoppiata. Procedibilità d'ufficio".

⁴⁵ Es. Un individuo ode le grida di aiuto, senza però "vedere" la persona che chiama, che però è presumibilmente in pericolo: la percezione di tale condizione di pericolo è comunque diretta, attraverso cioè l'organo uditivo anziché visiva, ovvero ci si "trova" in prossimità di una persona bisognosa di aiuto e ciò impone di attivarsi a prestare soccorso. Esiste naturalmente l'obbligo, per chiunque, di fermarsi per intervenire sulla pubblica via in caso di incidente stradale, anche solo per verificare l'eventuale presenza di persone ferite e chiamare soccorso.

⁴⁶ *Obbligo di soccorso*: CdMC artt. 8 e 9 - CdInf art. 18 - CdOst art. 2.6.

⁴⁷ N.B. Le professioni sanitarie che ricoprono la qualifica di "incaricati di pubblico servizio" e le attività prestate presso le strutture del SSN sono "atti di servizio" (o "di ufficio") e, pertanto, l'omissione di soccorso diviene automaticamente un'omissione di atti di ufficio. - art. 328 c.p. (*Rifiuto di atti di ufficio. Omissione*): "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 6 mesi a 2 anni. /.../ Procedibilità d'ufficio".

2.6. Rissa

Anche la rissa (art. 588 c.p.⁴⁸) rientra fra i delitti cosiddetti di *pericolo*, in quanto costituisce una situazione pericolosa dalla quale può derivare sia la morte sia una lesione personale nei soggetti coinvolti.

Sebbene si tratti di un reato procedibile di ufficio, l'operatore sanitario, qualora eserciti la libera professione, che presta assistenza ad un soggetto feritosi durante la partecipazione ad una rissa, potrà scegliere di avvalersi dell'esimente la presentazione del referto, in quanto questo potrebbe esporre a procedimento penale l'assistito stesso, esimente non applicabile dal professionista dipendente.

3. Delitti contro l'incolumità individuale

3.1. Delitto di percosse

Il delitto di percossa (art. 581 c.p.⁴⁹) rientra fra i delitti procedibili a querela, in quanto spetta alla persona offesa la decisione se denunciare o meno l'autore. Si tratta di un cosiddetto *reato di pura condotta*, essendo nell'azione del percuotere già insito l'effetto.

La percossa costituisce una condotta dolosa dell'agente, che intenzionalmente provoca una sofferenza nella vittima, attraverso un atto violento (pugni, schiaffi, calci, spintoni, colpi con oggetti contundenti, ecc.) che deve comunque limitarsi a determinare una sensazione fisica dolorosa, non provocare cioè conseguenze morbose, nella vittima. Da una percossa non deve quindi derivare una malattia nel corpo o nella mente tale da richiedere un intervento terapeutico (in questo caso si tratterebbe di lesione personale dolosa), ma unicamente dolore. Rientrano nella qualifica di percossa anche una reazione vasomotoria, lieve ipoestesia o parestesie a livello della parte colpita⁵⁰, sempre che tali effetti siano fugaci.

⁴⁸ art. 588 c.p. (*Rissa*): "Chiunque partecipa a una rissa è punito con la multa fino a € 309. Se nella rissa taluno rimane ucciso, o riporta una lesione personale, la pena, per il solo fatto della partecipazione alla rissa, è della reclusione da tre mesi a cinque anni. La stessa pena si applica se la uccisione, o la lesione personale avviene immediatamente dopo la rissa e in conseguenza di essa. Procedibilità d'ufficio."

⁴⁹ art. 581 c.p. (*Percosse*): "Chiunque percuote taluno, se dal fatto non deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito, a querela della parte offesa, con la reclusione fino a sei mesi o con la multa fino a € 309. /.../".

⁵⁰ N.B. Va precisato che non risponde di percossa il genitore che percuote il proprio figlio minorenne, visto il potere educativo sancito dall'art. 30 Cost., sempre naturalmente che questo potere sia esercitato moderatamente, non sconfini nell'abuso di mezzi di correzione e

3.2. Delitto di lesione personale

3.2.1. Definizione

A differenza della percossa, per configurare il reato di lesioni personali, dall'azione, commissiva od omissiva, posta in essere dall'autore con mezzi sia materiali sia immateriali provvisti di capacità lesiva, deve derivare uno stato di malattia, ovvero un'offesa all'integrità fisica⁵¹ o psichica⁵² della vittima. Siamo di fronte ad un *reato* cosiddetto *di evento*, per la cui realizzazione è necessario che dalla condotta derivi uno stato di malattia.

Per *malattia* deve intendersi un processo morboso, un'anormalità, incidente sulla funzionalità fisica e/o psichica, che presenta le caratteristiche dell'evoluitività, cioè un inizio, una evoluzione e una fine, che può essere la guarigione, la cronicizzazione, l'esito con reliquati o postumi, o la morte. In altre parole, una malattia costituisce una modificazione peggiorativa dello stato anteriore, un apprezzabile disordine funzionale di una parte o di tutto l'organismo, a carattere dinamico, che si ripercuote sulla vita organica e relazionale del soggetto e che necessita del ricorso ad un intervento terapeutico, seppur, a volte, anche di modesta entità. Una malattia si qualifica quindi per l'anormalità (la modificazione peggiorativa dello stato anteriore), il dinamismo (condizione evolutiva o involutiva), la disfunzionalità apprezzabile (locale o generale), la ripercussione negativa sulla vita di relazione (lavorativa e sociale) e il ricorso a cure.

In particolare il concetto di dinamicità, quello cioè, dell'evoluzione e della durata, del processo morboso derivante da una lesione personale riveste una specifica rilevanza giuridica, in quanto, a seconda della minore o maggiore durata della malattia, della prognosi cioè, le conseguenze sul piano penale saranno diverse, non solo per quanto riguarda la pena, ma anche in riferimento alla procedibilità a querela o d'ufficio.

Tenendo conto dell'elemento psicologico del reato, le lesioni personali si distinguono in dolose e colpose.

non sia dannoso per l'integrità psico-fisica del figlio stesso (vedi capitolo: maltrattamenti in famiglia e abuso di mezzi di correzione o disciplina).

⁵¹ Es. Nell'*integrità fisica* rientra ogni processo patologico incidente sulla *integrità somatica*, anche clinicamente modesta, quali le ecchimosi, le escoriazioni o le graffiature.

⁵² Def. Costituisce *malattia psichica* ogni alterazione delle facoltà psichiche con caratteri di un fatto patologico, anche transitorio, classificabile come quadro psichiatrico classico o come espressione delle ripercussioni mentali di una patologia somatica. Non vi rientrano invece i semplici stati emotivi, se non quando per la loro intensità raggiungano livelli tali di ingenerare disturbi di significato patologico.

3.2.2. Lesione personale *dolosa*

Le lesioni personali *dolose* (art. 582⁵³) derivano da un'offesa volontaria dell'agente all'integrità fisica e/o psichica di terzi. Il soggetto attivo ha quindi la volontà e la coscienza di mettere in atto una azione od omissione finalizzata a ledere altri, utilizzando mezzi, materiali o immateriali, idonei. Le pene previste spaziano, a seconda della gravità della lesione, dai 3 mesi ai 12 anni di reclusione.

Le lesioni personali dolose sono distinte in quattro categorie in base alla prognosi, cioè alla durata della malattia, e alla gravità delle conseguenze derivanti dall'azione lesiva.

Così si parla di lesione personale dolosa: - *lievissima*, da cui deriva una malattia di durata non superiore a 20 giorni; - *lieve*, che comporta una malattia di durata compresa tra 20 e 40 giorni; - *grave*, quando ne consegue una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni di durata superiore a 40 giorni⁵⁴; o una malattia che mette in pericolo la vita della persona offesa⁵⁵; oppure produce un indebolimento permanente di un senso o di un organo⁵⁶; e - *gravissima*, allorquando ne risulta una malattia certa-

⁵³ art. 582 c.p. (*Lesione personale*): "Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da tre mesi a tre anni. Se la malattia ha una durata non superiore a venti giorni e non concorre alcuna delle circostanze aggravanti previste negli artt. 583 e 585, ad eccezione di quelle indicate nel n. 1 e nell'ultima parte dell'art. 577, il delitto è punibile a querela della persona offesa".

⁵⁴ N.B. Nel caso della *lesione personale dolosa grave*, nella definizione del periodo di "più di 40 giorni" si tiene conto del tempo durante il quale sono presenti fenomeni morbosi reattivi e riparativi che portano alla guarigione, momento in cui terminano quindi i disturbi funzionali propri della malattia (esisto può essere: la completa *restitutio ad integrum*, postumi permanenti o la cronicizzazione). Nel determinare la durata della malattia si terrà anche conto di eventuali periodi di malattia causati da ricadute o recidive (escludendo comunque i periodi di normalità clinica). Per quanto riguarda, invece, il periodo di convalescenza (periodo in cui il soggetto riprende le forze), se ne tiene conto quando si tratta di stabilire quanto la malattia abbia inciso sulla capacità di "attendere alle ordinarie occupazioni" (=occupazione abituale e lecita, non solo di tipo lavorativo, ma anche extra-lavorativa), inabilitando la vittima oltre il periodo di guarigione.

⁵⁵ Def. Malattia che mette in *pericolo la vita* della persona offesa (circostanza aggravante) significa che, in seguito alla lesione personale dolosa, anche se per un breve momento, è stata diagnosticata "l'attualità" del pericolo di vita, cioè l'imminente verificarsi dell'evento mortale, viste la effettiva realtà e gravità della compromissione delle funzioni cardiaca, respiratoria e nervosa, come ad esempio, in seguito a gravi condizioni di shock.

⁵⁶ Def. Con la dicitura *indebolimento permanente di un organo* (*organo*, in senso medico legale, costituisce l'insieme di parti anatomiche che servono a espletare una specifica funzione - es. organo della deambulazione: arti inferiore) o *di un senso* si intende il postumo o reliquato della lesione che ne riduce in modo stabile e durevole l'efficienza.

mente o probabilmente insanabile⁵⁷; o la perdita di un arto o una sua mutilazione che rende lo inservibile; o la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare⁵⁸; o una permanente e grave difficoltà della favella⁵⁹; o la deformazione o lo sfregio permanente del viso⁶⁰.

Se la lesione personale dolosa lievissima è perseguibile a *querela della parte offesa*, tale reato diviene invece *perseguibile d'ufficio* e quindi necessitante del referto o della denuncia di reato, allorquando si qualifica come lieve, grave e gravissima (art. 583 c.p.⁶¹).

⁵⁷ Def. Una malattia può definirsi come “*certamente insanabile*” quando o non vi sono rimedi terapeutici efficaci o, essendosi il processo patologico cronicizzato, si può, con certezza o perlomeno con alta probabilità, escludere la possibilità di una *restitutio ad integrum*. (neoplasie maligne, diabete mellito, cirrosi epatica, malattie neurologiche, ecc.).

⁵⁸ Es. Nel maschio la perdita della capacità di procreare può derivare sia da *impotentia ceundi*, sia da *impotentia generandi* (quest'ultima anche non direttamente derivante da menomazioni dell'apparato genitale, ma causata da compromissione dei centri nervosi centrali e spinali dell'erezione); la femmina può presentare *impotentia coeundi*, *impotentia concipiendi*, *impotentia gestandi*, *impotentia partoriendi*.

⁵⁹ Def. Il termine “*favella*” si riferisce al linguaggio parlato. Costituiscono lesione personale dolosa gravissima i disturbi afasici, disartrici e quelli che conseguono a menomazioni gravi e permanenti dell'apparato fonatorio a livello sia periferico sia centrale.

⁶⁰ Def. *Deformazione* del volto (“togliere la forma”) significa un sovvertimento strutturale, una deturpazione del volto tale da provocare raccapriccio in chi l'osserva. - Con il termine di *sfregio* (da *fregium*: armonia o bellezza del viso) si intende una menomazione estetica del volto, meno grave della deformazione ma ugualmente ritenuto lesione gravissima, in quanto l'autore della lesione non ha unicamente voluto ledere l'incolumità fisica della vittima, ma lasciarle anche un marchio indelebile.

⁶¹ art. 583 c.p. (*Circostanze aggravanti*): “La lesione personale è grave, e si applica la reclusione da tre a sette anni: 1. Se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni; - 2. Se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo; - 3. Se la persona offesa è una donna incinta e dal fatto deriva l'acceleramento del parto (*abrogato dalla legge 194/78*). La lesione personale è gravissima, e si applica la reclusione da sei a dodici anni, se dal fatto deriva: 1. Una malattia certamente o probabilmente insanabile; - 2. La perdita di un senso; - 3. La perdita di un arto o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella; - 4. La deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso; - 5. L'aborto della persona offesa (*abrogato dalla legge 194/78*). - Procedibilità d'ufficio.”

3.2.3. Lesione personale *colposa*

Nelle lesioni personali *colpose* (art. 590 c.p.⁶²) l'agente non ha voluto causare l'evento malattia nella vittima, ma ha messo in atto un comportamento negligente, imprudente o imperito, o connotato da inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline (ex art. 43 c.p., comma 3), da cui è scaturito l'evento dannoso non voluto, la lesione personale appunto, che avrebbe dovuto prevedere e quindi evitare applicando un comportamento diverso. Le pene previste variano, a seconda del grado di gravità, da 3 mesi 2 anni di reclusione, prevedendo inoltre quale pena accessoria il pagamento di una multa.

Le lesioni personali colpose sono distinte in tre categorie: - *semplice*, ossia non aggravata, quando ne deriva una malattia della durata non superiore a 40 giorni; - *grave*, quando ne consegue una malattia della durata superiore ai 40 giorni o quando ricorre una delle circostanze previste dall'articolo 583 c.p. (circostanze aggravanti lesioni personali dolose); - *gravissima*, quando ne deriva una malattia certamente o probabilmente insanabile o quando ricorre una delle circostanze previste dall'articolo 583 c.p. (circostanze aggravanti lesioni personali dolose).

Va precisato che le pene sono aumentate qualora le lesioni personali gravi o gravissime si verificano in conseguenza alla violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale o di quelle riguardanti la prevenzione degli infortuni sul lavoro.

Il delitto della lesione personale colposa è punibile a *querela della persona offesa*, salvo i casi in cui una lesione colposa grave o gravissima sia dipendente da fatti connessi con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative all'igiene del lavoro o che abbiano de-

⁶² art. 590 c.p. (*Lesioni personali colpose*): "Chiunque cagiona ad altri, per colpa, una lesione personale è punito con la reclusione fino a tre mesi o con la multa fino € 309. Se la lesione è grave la pena è della reclusione da uno a sei mesi o della multa da € 123 a € 619; se è gravissima, della reclusione da tre mesi a due anni o della multa da € 309 a € 1.239. Se i fatti di cui al secondo comma sono commessi con violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale o di quelle per la prevenzione degli infortuni sul lavoro la pena per le lesioni gravi è della reclusione da tre mesi a un anno o della multa da € 500 a € 2.000 e la pena per le lesioni gravissime è della reclusione da uno a tre anni. /.../ Il delitto è punibile a querela della persona offesa, salvo nei casi previsti nel primo e secondo capoverso, limitatamente ai fatti commessi con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative all'igiene del lavoro o che abbiano determinato una malattia professionale".

terminato una malattia professionale, situazioni queste in cui si *procede d'ufficio*, ragion per cui è obbligatorio presentare referto o rapporto.

4. Delitti contro l'incolumità pubblica

I delitti contro l'incolumità pubblica, anche detti *di comune pericolo mediante frode*, comprendono tutte quelle attività pericolose per la salute pubblica, potendo esporre al rischio di epidemie, avvelenamenti o intossicazioni. Si tratta di reati di pericolo presunto o reale per l'incolumità pubblica, di azioni criminose che possono ledere o porre in pericolo la vita e/o l'integrità fisica delle persone, compromettendo così la sicurezza generale della collettività.

Così la salute pubblica può, ad esempio, essere messa in pericolo mediante la diffusione di germi patogeni, l'alterazione delle acque potabili, l'adulterazione di sostanze alimentari, la somministrazione di medicinali guasti o imperfetti, nonché da tutte le fonti di inquinamento ambientale, situazioni queste espressamente previste dal codice penale.

4.1. Le diverse fattispecie di reato

a. Il rischio di *epidemia*⁶³ (art. 438 c.p.⁶⁴) può conseguire alla diffusione di germi patogeni, da cui può derivare una malattia contagiosa o la morte di più persone. Si tratta di un reato doloso, per cui al responsabile va dimostrato che, attraverso la diffusione di germi patogeni materialmente in suo possesso, ha effettivamente voluto usarli ed adoperarli al fine di cagionare le manifestazioni epidemiche⁶⁵.

b. Avvelenare *acque o sostanze alimentari* (art. 439 c.p.⁶⁶) significa rendere tossiche acque o sostanze destinate all'alimentazione, prima che siano attinte o distribuite per il consumo.

⁶³ Def. Un'*epidemia* si caratterizza dall'elevato numero di persone colpite, da una certa estensione territoriale dell'affezione e dalla durata cronologicamente limitata del fenomeno (altrimenti si parlerebbe di endemia).

⁶⁴ art. 438 c.p. (*Epidemie*): "Chiunque cagiona un'epidemia mediante la diffusione di germi patogeni è punito con l'ergastolo. Procedibilità d'ufficio."

⁶⁵ N.B. Oltre al delitto doloso, vi è all'art. 452 c.p. il delitto colposo di epidemia, che si realizza quando si cagiona l'epidemia per negligenza, imperizia, imprudenza o inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline, col risultato di diffondere nella collettività germi che l'agente conosce come certamente patogeni.

⁶⁶ art. 439 c.p. (*Avvelenamento di acque o di sostanze alimentari*): "Chiunque avvelena acque o sostanze destinate all'alimentazione, prima che siano attinte o distribuite per il con-

c. *L'adulterazione e la contraffazione di sostanze alimentari* (art. 440 c.p.⁶⁷) consiste nel corrompere⁶⁸, adulterare⁶⁹, contraffare⁷⁰ acque, sostanze destinate all'alimentazione o medicinali prima che siano attinte o distribuite per il consumo, rendendole così pericolose per la salute pubblica.

d. *L'adulterazione e la contraffazione di altre cose in danno alla salute pubblica* (art. 441 c.p.⁷¹) significa adulterare o contraffare, in modo pericoloso alla salute pubblica, cose destinate al commercio, diverse dalle acque, dalle sostanze alimentari o dai medicinali⁷².

e. *Il commercio di sostanze alimentari contraffatte o adulterate* (art. 442 c.p.⁷³) si sostanzia nel detenere per il commercio, nel porre in commercio o distribuire per il consumo, acque, sostanze o cose che sono state da altri avvelenate, corrotte, adulterate o contraffatte, creando un pericolo alla salute pubblica.

f. *Il commercio o somministrazione di medicinali guasti* (art. 443 c.p.⁷⁴) consiste nel detenere per il commercio, porre in commercio o somministrare medicinali guasti o imperfetti⁷⁵.

sumo, è punito con la reclusione non inferiore a quindici anni. Se dal fatto deriva la morte di alcuno, si applica l'ergastolo /.../. Procedibilità d'ufficio.”

⁶⁷ art. 440 c.p. (*Adulterazione o contraffazione di sostanze alimentari*): “Chiunque corrompe o adultera acque o sostanze destinate all'alimentazione, prima che siano attinte o distribuite per il consumo, rendendole pericolose alla salute pubblica, è punito con la reclusione da te a dieci anni. La stessa pena si applica a chi contraffà, in modo pericoloso alla salute pubblica, sostanze alimentari destinate al commercio. La pena è aumentata se sono adulterate o contraffatte sostanze medicinali. Procedibilità d'ufficio.”

⁶⁸ Def. *Corrompere*: alterare o deteriorare la composizione di una sostanza in modo da renderla nociva alla salute pubblica.

⁶⁹ Def. *Adulterare*: modificare la natura di una sostanza senza cambiarne l'aspetto originario, sottraendo componenti utili o aggiungendo elementi scadenti, di minor pregio o nocivi.

⁷⁰ Def. *Contraffare o sofisticare*: falsificare, mediante un processo di imitazione, una sostanza naturale riproducendola con prodotti non genuini.

⁷¹ art. 441 c.p. (*Adulterazione o contraffazione di altre cose in danno della pubblica salute*): “Chiunque adultera o contraffà, in modo pericoloso alla salute pubblica, cose destinate al commercio, diverse da quelle indicate nell'articolo precedente, è punito con la reclusione da uno a cinque anni, o con la multa non inferiore a € 309. Procedibilità d'ufficio.”

⁷² Es. sigarette, cosmetici, oggetti di uso igienico o sanitario, contenitori, imballaggi, ecc.

⁷³ art. 442 c.p. (*Commercio di sostanze alimentari contraffatte o adulterate*): “Chiunque, senza essere concorso nei reati preveduti dai tre articoli precedenti, detiene per il commercio, pone in commercio, ovvero distribuisce per il consumo acque, sostanze o cose che sono state da altri avvelenate, corrotte, adulterate o contraffatte, in modo pericoloso alla salute pubblica, soggiace alle pene rispettivamente stabilite nei detti articoli.”

⁷⁴ art. 443 c.p. (*Commercio o somministrazione di medicinali guasti*): “Chiunque detiene per il commercio, pone in commercio o somministra medicinali guasti o imperfetti è pu-

g. Il *commercio di sostanze alimentari nocive* (art. 444 c.p.⁷⁶) è commesso da chiunque detiene per il commercio, pone in commercio o distribuisce per il commercio sostanze destinate all'alimentazione, non contraffatte né adulterate, ma pericolose alla salute pubblica⁷⁷.

h. La *somministrazione di medicinali in modo pericoloso per la salute pubblica* (art. 445 c.p.⁷⁸) è compiuta da chi, esercitando, anche abusivamente, il commercio di sostanze medicinali, le somministra in specie, qualità o quantità non corrispondente alle ordinazioni mediche o diversa da quella dichiarata o pattuita.

Delle suddette fattispecie di reato sono di particolare interesse l'avvelenamento di acque o di sostanze alimentari e l'adulterazione e contraffazione di sostanze alimentari, delitti che si perfezionano nel momento in cui le acque o le sostanze alimentari abbiano assunto qualità tossiche, potendo così, con la loro assunzione, recare un danno alle persone.

Ne possono derivare, ad esempio, intossicazioni da alimenti, che possono dipendere da prodotti animali o vegetali di per sé venefici (es. funghi), essere causate da sostanze tossiche penetrate accidentalmente negli alimenti, essere dovute ad alimenti originariamente salubri, ma divenuti tossici in seguito ad alterazioni di natura microbica e perciò dette tossinfezioni alimentari⁷⁹, causate da cibi guastatisi in seguito a processi putrefattivi (carni,

nito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa non inferiore a € 103. Procedibilità d'ufficio.”

⁷⁵ Def. Un medicinale è *guasto* quando è deteriorato, alterato o decomposto per cause naturali (cattiva conservazione, invecchiamento, fermentazione, ecc.); un medicinale è *imperfetto*, quando è difettoso, non rispondente per qualità o per dose al tipo originale, ossia non prodotto secondo la tecnica farmaceutica prescritta.

⁷⁶ art. 444 c.p. (*Commercio di sostanze alimentari nocive*): “Chiunque detiene per il commercio, pone in commercio ovvero distribuisce per il consumo sostanze destinate all'alimentazione, non contraffatte né adulterate, ma pericolose alla salute pubblica, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa non inferiore a € 51. La pena è diminuita se la qualità nociva delle sostanze è nota alla persona che le acquista o le riceve. Procedibilità d'ufficio.”

⁷⁷ Es. sostanze genuine ma deteriorate o corrotte per cause naturali, quali possono essere i cibi guasti o avariati.

⁷⁸ art. 445 c.p. (*Somministrazione di medicinali in modo pericoloso per la salute pubblica*): “Chiunque esercitando, anche abusivamente il commercio di sostanze medicinali, le somministra in specie, qualità o quantità non corrispondente alle ordinazioni mediche, o diversa da quella dichiarata o pattuita, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni e con la multa da 103 a € 1.032. Procedibilità d'ufficio.”

⁷⁹ Def. Una *tossinfezione alimentare* è una sindrome morbosa determinata dallo sviluppo negli alimenti, prima che vengano consumati, di particolari specie microbiche, elaboratrici di tossine attive per via digestiva e perciò dette enterotossine (a differenza della maggior parte delle tossine microbiche che sono invece inattive per via orale) e che si possono verificare tramite l'assunzione di cibi sia freschi sia conservati. Le principali infezioni vei-

peschi, formaggi), o, infine, per aversi il reato, essere causate da sostanze tossiche immesse negli alimenti a scopo di frode⁸⁰.

Quando si verifica un episodio di tossinfezione alimentare, sarà necessario verificare se si è realizzata l'ipotesi di epidemia (art. 438 c.p.), se l'alimento è "avvelenato" (art. 439 c.p.) ovvero "corroto" od "adulterato" (art. 440 c.p.).

L'importanza del problema sistematico e diagnostico delle tossinfezioni alimentari è particolarmente avvertita nel campo della medicina pubblica sia per gli adempimenti di ordine igienico-profilattico e amministrativo (denuncia dei casi all'ASL competente sul territorio; invio dei materiali escreti a laboratori qualificati per gli opportuni accertamenti; eventuale referto; ecc.), sia per le eventuali questioni di ordine giudiziario e che investono il problema giuridico della responsabilità e della rubricazione del reato.

L'Autorità sanitaria, anche indipendentemente da una qualsiasi infrazione, ma sempre nell'ottica sia preventiva⁸¹ sia repressiva, può procedere in ogni momento a ispezioni e prelievi di campioni di alimenti negli stabilimenti, nei laboratori, nei magazzini, depositi, mercati, alberghi, ecc. e, in generale, ovunque si distribiscano a qualsiasi titolo o si smerchino sostanze alimentari per il consumo⁸².

Infine, va ancora fatto presente, che i delitti sin qui trattati, oltre a presentarsi spesso come dolosi, possono anche scaturire da un comportamento

colate dagli alimenti sono cagionate dal *Clostridium Botulinum*; *Clostridium welchii*, Stafilococco (alcuni tipi), salmonelle, shigelle, enterococco e, a volte, proteus vulgaris e mirabilis, bacillus perfringens, pseudomonas aeruginosa; vibrio colerae, brucelle.

⁸⁰ N.B. Il sanitario deve conoscere delle norme concernenti i prodotti destinati all'alimentazione, contenute in leggi speciali o nei regolamenti di polizia sanitaria, aventi lo scopo di garantire la piena salubrità di quanto è destinato all'alimentazione umana e di reprimere ogni frode alimentare.

⁸¹ N.B. Per prevenire l'insorgenza di tossinfezioni alimentari, il personale addetto alla preparazione, produzione, manipolazione e vendita di sostanze alimentari deve essere munito di apposito libretto di idoneità sanitaria, rilasciato dai competenti servizi di igiene dell'ASL.

⁸² N.B. Per ciò che riguarda gli organi competenti per il controllo e la vigilanza igienica sugli alimenti, a livello dalla ASL sono istituiti servizi di igiene pubblica e di igiene veterinaria per l'igiene degli alimenti di origine animale. Il personale di vigilanza possiede la qualifica di "agente di polizia giudiziaria" in analogia con altre figure ispettive deputate a compiti di vigilanza negli ambienti di lavoro. A livello sovrazonale sono presenti i servizi multinazionali di prevenzione, mentre a livello centrale, quale organo tecnico-scientifico del SSN, è competente l'Istituto Superiore di sanità. Al di fuori del SSN opera infine il Nucleo antisofisticazioni (NAS), appartenente del corpo dell'Arma dei Carabinieri e alle dirette dipendenze dell'Autorità Giudiziaria.

colposo (art. 452 c.p.⁸³), situazioni in cui le pene previste sono minori, però anche queste condotte soggette ad obbligo di segnalazione.

5. Delitti contro la libertà individuale

I delitti contro la libertà individuale ledono uno dei fondamentali e inviolabili diritti dell'uomo, la libertà personale, costituzionalmente garantita all'articolo 13.

La libertà individuale può essere violata o impedendo la libertà di movimento fisico o sopprimendo l'autodeterminazione.

Delle diverse fattispecie di reato contemplate dal codice penale, soltanto alcune sono però di specifico interesse medico, sia perché di possibile riscontro durante l'attività professionale, sia perché configuranti reati procedibili d'ufficio, necessitanti quindi della presentazione di referto o denuncia di reato.

Così ledono la "libertà fisica", ovvero impediscono il libero movimento⁸⁴: - il *sequestro di persona* (art. 605 c.p.⁸⁵), togliere dolosamente, cioè in modo volontario e consapevole, usando violenza, costrizione minaccia o inganno, ad una persona ogni possibilità di libero spostamento⁸⁶; e - la *perquisizione*⁸⁷ e *ispezione*⁸⁸ *personali arbitrarie* (art. 609 c.p.⁸⁹), reato che si

⁸³ art. 452 c.p. (*Delitti colposi contro la salute pubblica*): "Chiunque commette, per colpa, alcuno dei fatti preveduti dagli artt. 438 e 439 è punito: 1. Con la reclusione da tre a dodici anni, nei casi per i quali le dette disposizioni stabiliscono la pena; - 2. Con la reclusione da uno a cinque anni, nei casi per i quali esse stabiliscono l'ergastolo; - 3. Con la reclusione da sei mesi a tre anni, nel caso in cui l'art. 439 stabilisce la pena della reclusione. Quando sia commesso per colpa alcuno dei fatti preveduti dagli artt. 440, 441, 442, 443, 444 e 445 si applicano le pene ivi rispettivamente stabilite ridotte da un terzo a un sesto. Procedibilità d'ufficio."

⁸⁴ N.B. A solo titolo di completezza, in quanto raramente riscontrato in ambito sanitario, ci citano: l'arresto illegale ex art. 606 c.p. - indebita limitazione della libertà personale ex art. 607 c.p. - abuso di autorità contro arrestati o detenuti ex art. 608 c.p.

⁸⁵ art. 605 c.p. (*Sequestro di persona*): "Chiunque priva taluno della libertà personale è punito con la reclusione da sei mesi a otto anni. La pena è della reclusione a uno a dieci anni, se il fatto è commesso: 1. In danno di un ascendente, di un discendente o del coniuge; - 2. Da pubblico ufficiale, con abuso dei poteri inerenti alle sue funzioni. Procedibilità d'ufficio".

⁸⁶ Es. In ambito sanitario il reato di sequestro di persona può realizzarsi, allorché un paziente, nonostante sia guarito, venga indebitamente trattenuto in ospedale, impedendone la dimissione, o quando, senza motivo, vengano applicati mezzi di contenzione al letto.

⁸⁷ Def. La *perquisizione personale* ha lo scopo di reperire oggetti eventualmente presenti, ma nascosti, sul corpo della persona.

riferisce unicamente al sanitario allorquando riveste la carica di pubblico ufficiale e come tale dolosamente agisce o al di fuori dei casi espressamente previsti dalla legge o senza osservare le formalità prescritte⁹⁰.

La libertà individuale può, come già accennato, anche essere annullata incidendo sulla “libertà psichica”, sulla capacità quindi di decidere autonomamente e liberamente.

Così commette *violenza privata* (art. 610 c.p.⁹¹) chi costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa o usando violenza fisica, direttamente sulla vittima o su una persona a cui quest’ultima è legata affettivamente, o attraverso la somministrazione di sostanze, la pratica dell’ipnosi, del terrore, timore o ricatto. Affinché il reato si perfezioni è comunque necessario dimostrare che la vittima, in assenza della violenza o del ricatto, avrebbe fatto scelte diverse⁹².

Si rende responsabile di *minaccia* (art. 612 c.p.⁹³) chi prospetta ad altri un danno ingiusto, turbandone la tranquillità creandogli un persistente timore.

Lo *stato di incapacità procurata mediante violenza* (art. 613 c.p.⁹⁴), infine, si realizza allorquando l’attore, mediante suggestione o somministra-

⁸⁸ Def. L’*ispezione corporale* viene eseguita su soggetti inquisiti al fine di ricercare e descrivere eventuali lesioni recenti, cicatrici o altri segni particolari, utili o alla loro identificazione o alle indagini in corso.

⁸⁹ art. 609 c.p. (*Perquisizione e ispezione personali arbitrarie*): “Il pubblico ufficiale che, abusando dei poteri inerenti alle sue funzioni, esegue una perquisizione o un’ispezione personale, è punito con la reclusione fino ad un anno. /.../ Procedibilità d’ufficio”.

⁹⁰ Es. Si rende responsabile di perquisizione o ispezione personale arbitraria, il sanitario che, rivestendo il ruolo di ausiliare di polizia giudiziaria, ispeziona o perquisisce un soggetto senza il dovuto rispetto del di lui pudore.

⁹¹ art. 610 c.p. (*Violenza privata*): “Chiunque, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa è punito con la reclusione fino a quattro anni /.../ Procedibilità d’ufficio.”

⁹² Es. In ambito sanitario un reato di violenza privata, potrebbe configurarsi qualora l’operatore imponesse e praticasse ad un paziente un intervento terapeutico contro la di lui volontà.

⁹³ art. 612 c.p. (*Minaccia*): “Chiunque minaccia ad altri un ingiusto danno è punito, a querela della persona offesa, con la multa fino a € 51. Se la minaccia è grave, o è fatta in uno dei modi indicati nell’art. 339, la pena è della reclusione fino a un anno e si procede d’ufficio.”

⁹⁴ art. 613 c.p. (*Stato di incapacità procurata mediante violenza*): “Chiunque, mediante suggestione ipnotica o in veglia, o mediante somministrazione di sostanze alcooliche o stupefacenti, o con qualsiasi altro mezzo, pone una persona, senza il consenso di lei, in stato d’incapacità d’intendere o di volere, è punito con la reclusione fino a un anno. Il consenso dato dalle persone indicate nell’ultimo capoverso dell’art. 579 non esclude la punibilità. La pena è della reclusione fino a cinque anni: 1. se il colpevole ha agito col fine di far commettere un reato; - 2. se la persona resa incapace commette, in tale stato, un fatto preveduto dalla legge come delitto. Procedibilità d’ufficio.”

zione di sostanze stupefacenti o alcoliche e in assenza del valido consenso della vittima, pone quest'ultima in una condizione di temporanea incapacità di autodeterminarsi⁹⁵.

⁹⁵ Es. Uno stato di incapacità procurata mediante violenza può realizzarsi in ambito sanitario qualora al paziente, senza il suo consenso, venga praticata narcoanalisi o ipnosi, trattamenti che possono temporaneamente la capacità di intendere e di volere.

11. Forme di responsabilità

di Omar Ferrario

1. Introduzione

Sono sempre più frequenti le richieste di risarcimento danni da parte di pazienti che lamentano manchevolezze o errori commessi da professionisti sanitari sia dipendenti pubblici sia privati, conseguenza anche della più matura coscienza sociale in tema di diritto alla salute. In queste situazioni si parla di responsabilità professionale.

In senso generale, con il termine di *responsabilità* si deve intendere l'obbligo di rispondere di una azione illecita, di una violazione cioè di una norma giuridica.

La responsabilità presuppone quindi l'esistenza di precise norme che possono avere il carattere di divieto (es. non uccidere, non ledere) o di obbligo (es. prestare soccorso).

Un operatore sanitario può incorrere in tre diverse forme di responsabilità: penale, civile o disciplinare (di competenza sia dell'ente, sia dell'ordine professionale di appartenenza; per approfondimenti a quest'ultimo riguardo vedi capitolo riguardante la Deontologia).

1. La *responsabilità penale* comporta una sanzione in seguito alla violazione di una norma del codice penale (viene quindi commesso un reato). La pena consiste nella privazione o nella diminuzione di un bene individuale, sotto forma o della restrizione della libertà personale (reclusione) o di una sanzione pecuniaria (ammenda). Di un illecito penale si risponde personalmente¹.

2. La *responsabilità civile* obbliga a riparare economicamente un danno ingiusto, derivato da un comportamento contrario al codice civile.

Sussiste la possibilità di ricadere in un illecito che abbia contemporaneamente risvolti sia civili sia penali, come nel caso di danno alla persona

¹ art. 27 Cost.: “La responsabilità penale è personale”.

conseguente a trattamenti sanitari mal eseguiti (responsabilità professionale)².

3. La *responsabilità disciplinare* comporta anch'essa una sanzione quando vengono violati alcuni principi di correttezza professionale, indipendentemente da eventuali conseguenze penali o civili.

Si tratta di una responsabilità "amministrativa", poiché l'obbligo di mantenere un comportamento corretto è rivolto alla Pubblica Amministrazione e ricade perciò su tutti i dipendenti pubblici. Il datore di lavoro è titolare di un potere disciplinare che può esercitare negli ambiti e nei limiti riconosciuti dalla normativa legislativa e contrattuale.

2. I fondamenti della responsabilità penale

Nella realtà sanitaria di ogni giorno si assiste all'insorgenza di problemi di responsabilità professionale nel momento in cui il sanitario pone in essere un comportamento contrario alle *leges artis*, cioè a quel complesso di regole e prescrizioni tecniche che la scienza e l'esperienza professionale hanno elaborato per affrontare in maniera corretta il problema clinico in esame. Naturalmente il concetto stesso di *leges artis* deve essere continuamente aggiornato in base al progresso scientifico e tecnico e, quindi, assume una valenza dinamica i cui contenuti mutano in relazione alla temperie in cui il singolo individuo si trova ad agire. L'essenza delle *leges artis* non consiste in aspetti meramente tecnici ma anche relativi alle caratteristiche di diligenza, di prudenza e di tempestività nell'attività svolta.

Si rammenta che la mancata osservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline costituisce un profilo di responsabilità in base alla definizione contenuta nell'articolo 43 c.p.³, disciplinate l'elemento psicologico del reato.

Chiunque per imperizia, imprudenza, negligenza, ovvero per inosservanza di regolamenti, ordini o discipline nello svolgimento della propria arte o professione cagiona ad altri lesioni, danni fisici o psichici o la morte, in sede penale, se condannato, viene sottoposto a pene restrittive della li-

² Es. Una lesione personale colposa (per imprudenza, negligenza, imperizia o inosservanza di regole e precetti) o l'omicidio colposo conseguenti ad un trattamento sanitario mal eseguito, costituiscono reati penalmente perseguibili, dai quali deriva poi anche l'obbligo a risarcire il danno ingiusto cagionato al paziente o ai congiunti (responsabilità civile).

³ art. 43 c.p. (*Elemento psicologico del reato*): "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 inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline".

bertà personale, in sede civile ad obblighi risarcitori del danno da lui provocato e in sede amministrativa o deontologica a sanzioni disciplinari.

Ai fini dell'accertamento della eventuale responsabilità, si deve preliminarmente dimostrare la esistenza reale di un danno e, in seguito, accertare la effettiva connessione causale tra quel danno ed il comportamento contrario al diritto posto in essere dal sanitario. Non è sufficiente provare un errore professionale, cioè un comportamento contrario alle buone regole di condotta del clinico, ma che quel comportamento scorretto ha connotati di inescusabilità ed era evitabile, dimostrando che con un comportamento differente quel danno si sarebbe potuto, in termini di certezza o probabilistici, evitare. Può, infatti, capitare nella realtà clinica che si compiano errori ma non sempre quegli errori sono causalmente forieri di danni⁴.

Un conto è l'errore professionale, che può verificarsi in ogni fase dell'iter clinico, altro è l'insuccesso che non è sempre e comunque sinonimo di responsabilità. In caso contrario, ogniqualvolta si configurasse un insuccesso, il medico, o in genere il professionista sanitario, rischierebbe di essere portato in tribunale, fatto che costituirebbe una assurdità logica. Ci può essere, infatti, un inquadramento diagnostico-terapeutico corretto di una patologia ma con esito ugualmente sfavorevole⁵.

In sintesi i *cardini della responsabilità professionale* sono: - la prova del concretizzarsi di un danno, accertato nella sua natura e nella sua gravità; - la sussistenza di un nesso di causalità materiale fra condotta ed evento dannoso; - la prova della colpa professionale, ossia che il soggetto ha posto in essere un comportamento imperito, imprudente o negligente oppure non ha tenuto conto nel suo agire di leggi, regolamenti, ordini o discipline, con assunzione da parte dell'errore professionale dei caratteri di inescusabilità; - la prova che proprio tale comportamento colposo⁶ ha materialmente causato il danno e che, invece, qualora il sanitario avesse realizzato una condotta differente, esso si sarebbe certamente o probabilmente evitato oppure sa-

⁴ Es. Ad una ferita, invece di applicare i punti, viene posto un semplice cerotto: se la cicatrizzazione avviene ugualmente senza alcun problema (quali ad es. ritardi di consolidazione oppure infezioni), pur essendo stato erroneo il comportamento del sanitario, cioè non congruo con le *leges artis*, non sussiste alcun danno e non si può quindi parlare di responsabilità.

⁵ Es. Per un malato oncologico inoperabile con metastasi in atto viene impostato un trattamento chemioterapico e/o palliativo congruo con le linee guida vigenti, ma l'esito sarà comunque, verosimilmente, un insuccesso cioè il decesso dell'assistito, nonostante una corretta assistenza clinica.

⁶ N.B. I reati di cui è accusato un sanitario sono generalmente di tipo colposo. Le ipotesi dolose sono fattispecie molto più rare anche se in recente aumento a causa del fatto che la colpa grave può confluire nel dolo.

rebbe stato contenuto entro limiti più modesti di quelli effettivamente verificatisi.

Con il termine *imperizia* si intende la trasgressione di quello che non solo costituisce un preciso obbligo giuridico o una qualità tecnica (il sapere e il saper fare), ma anche del presupposto *sine qua non* di qualsiasi attività professionale. Nel momento in cui il sanitario deroga da quelle regole o da quei comportamenti che qualsiasi suo collega pone in essere in quella stessa situazione clinica commette imperizia.

La giurisprudenza discute di *imperizia* nelle seguenti situazioni: - nella mancanza di una necessaria esperienza o di abilità tecnica e professionale; - nella assenza di quel minimo di abilità e perizia tecnica nell'uso dei mezzi manuali o strumentali che il sanitario deve essere sicuro di sapere adoperare correttamente; - nella mancata percezione di un quadro clinico facilmente riconoscibile.

La giurisprudenza è univoca comunque nell'affermare per ciò che riguarda l'imperizia che *“l'accertamento della colpa professionale del sanitario deve essere valutata con larghezza di vedute e comprensione per la peculiarità dell'esercizio dell'arte medica e per la difficoltà dei casi particolari”*. Si tiene, infatti, valido il principio stabilito dall'articolo 2236 c.c. secondo cui *“se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non nei casi di dolo o colpa grave”*.

La colpa grave connota l'errore inescusabile dovuto o alla mancata applicazione delle cognizioni generali e fondamentali della professione o al difetto di quel minimo di abilità e perizia tecnica nell'uso di mezzi tecnici o strumentali usualmente adoperati. Si tratta in sostanza della violazione di norme tecniche che sono generalmente accolte e “codificate” in una data disciplina.

Per l'imprudenza e per la negligenza il magistrato impronta invece la propria decisione su criteri di normale severità con riguardo alla natura dell'attività svolta, rilevando anche la colpa lieve in quanto la prudenza e la diligenza da impiegarsi sono proprie dell'accorto professionista, che con scrupolosa attenzione ed adeguata preparazione esercita la propria attività.

Con il termine *imprudenza* si definisce la incapacità da parte del sanitario di prevedere le conseguenze della propria condotta. Non è imprudente chi fa ricorso a mezzi diagnostici o terapeutici rischiosi o pericolosi, ma chi li usa senza la sussistenza di una reale necessità clinica e in situazioni in cui la maggioranza dei colleghi li eviterebbe. Un professionista prudente è colui che sa ponderare le conseguenze del proprio comportamento professionale e delle proprie scelte, decidendo quale sia quella più adeguata al

problema dell'assistito nel suo più esclusivo interesse, soppesando accuratamente il rapporto rischio-beneficio.

Negligenza è invece sinonimo di trascuratezza, disattenzione, mancanza di sollecitudine, superficialità nei confronti del proprio paziente, l'omissione di quegli accertamenti e/o terapie cui i suoi colleghi nella medesima situazione avrebbero fatto sicuramente ricorso⁷.

Può inoltre costituire causa di responsabilità penale la violazione di norme fondamentali nell'attività sanitaria, quali l'omissione di referto (art. 365 c.p.), di denuncia giudiziaria (art. 361 c.p.), l'omissione di soccorso (art. 593 c.p.), la rivelazione del segreto professionale (art. 622 c.p.) ecc. Trattasi di reati per cui si rimanda ai relativi capitoli.

3. Responsabilità civile: concetto di danno alla persona

3.1. La responsabilità civile

Il "responsabile", nel linguaggio di ogni giorno, è colui che deve rispondere o rendere ragione di una sua azione, mentre nel linguaggio giuridico, ci si riferisce alla persona obbligata a rifondere i danni ingiustamente recati a terzi da una condotta illecita, dolosa o colposa.

Con il termine *responsabilità civile* si definisce l'obbligo giuridico di riparare economicamente un danno, derivato da un comportamento contrario a quanto stabilito dal codice civile. In generale la responsabilità civile può essere definita come *l'obbligo di sopportare le conseguenze stabilite dalla legge per un comportamento illecito che abbia cagionato ad altri un danno ingiusto*.

La responsabilità civile non concerne interessi pubblici, bensì privati e può coinvolgere anche un terzo, quali una assicurazione su cui possono ricadere gli obblighi risarcitori. Il reintegrare economicamente la situazione antecedente al verificarsi del danno costituisce il principale obiettivo della responsabilità civile.

Non tutte le azioni illecite sono foriere di una responsabilità civile, costituendo requisito necessario, oltre all'azione illecita, la realizzazione di un danno.

⁷ Es. Dimenticare una garza o un ferro chirurgico nell'addome, operare un arto sano, somministrare un farmaco scaduto sono atti che costituiscono nella giurisprudenza altrettante ipotesi di negligenza.

Si distinguono due tipi di *illeciti civili*: - *contrattuali*: derivanti dalla violazione di un contratto stipulato fra le parti⁸; - *extra-contrattuali*: non vi è nessun contratto fra le parti⁹.

La procedura giuridica si realizza in maniera differente nelle due fattispecie, in particolar modo per quanto concerne l'onere della prova dell'illecito: nel rapporto contrattuale, ricade sull'incolpato provare che non vi fu illecito, mentre nel rapporto extra-contrattuale spetta al danneggiato che aspira al risarcimento la dimostrazione della sussistenza di un comportamento contrario al diritto.

La ragione in base al quale si è tenuti a riparare il danno ingiustamente causato ad altri, proviene da due diversi fonti, comprese nel libro IV, rispettivamente nel titolo I e nel titolo IX, del codice civile che tratta delle obbligazioni:

- a) il mancato adempimento o l'inesatta esecuzione di una obbligazione (art. 1218 c.c.¹⁰), dal quale deriva la responsabilità contrattuale;
- b) qualunque fatto illecito, doloso o colposo, che abbia cagionato ad altri un danno ingiusto (art. 2043 c.c.¹¹), dal quale deriva la responsabilità extracontrattuale o aquiliana.

In ambito giurisprudenziale il danno viene risarcito tenendo conto i seguenti aspetti:

- *il danno patrimoniale* suddivisibile in *lucro cessante*, cioè un mancato guadagno¹² e *danno emergente* cioè le spese intraprese per far fronte al danno¹³;
- *il danno morale* comprende le sofferenze spirituali e i patemi d'animo connessi al fatto dannoso¹⁴;

⁸ Es. Fra medico e paziente esiste un rapporto contrattuale, in cui all'obbligo delle cure del primo corrisponde l'obbligo di retribuzione per la prestazione del secondo.

⁹ Es. Il danno che può derivare ad una persona investita da una auto: fra investitore ed investito non intercorre alcun tipo di rapporto.

¹⁰ art. 1218 c.c. (*Responsabilità del debitore*): "Il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno, se non prova che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile."

¹¹ 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."

¹² Es. A seguito del danno patito il soggetto non ha potuto lavorare per un mese. Quelle mancate entrate gli dovranno essere risarcite.

¹³ Es. Comprende, ad esempio, le spese sanitarie sostenute a causa dell'illecito subito.

¹⁴ N.B. Il *danno morale* subiettivo (*pretium doloris*) va considerato come un danno-conseguenza derivante dalla lesione al diritto alla salute (viola la sfera degli affetti). Tale danno viene risarcito unicamente quando sia conseguenza di un reato e abbia i caratteri di

- *il danno biologico* concerne sia la menomazione dell'integrità psico-fisica individuale (aspetto statico) sia il nocimento arrecato alla capacità di relazione, alla capacità di vita sociale della persona, alla capacità di poter svolgere una qualsiasi attività, lavorativa od extra-lavorativa, alla efficienza fisico-psichica personale¹⁵.

Come già più sopra accennato, un illecito può interessare contemporaneamente sia l'ambito penale sia quello civile; è il caso del danno alla persona che può verificarsi in corso di trattamenti sanitari (responsabilità professionale), essendo le lesioni personali colpose e l'omicidio colposo reati penalmente perseguibili (tali fattispecie coinvolgono il generico interesse pubblico che tutela la salute in ambito penale), da cui scaturisce anche l'obbligo di risarcire civilmente il danno ingiustamente causato al paziente o eventualmente ai congiunti. Si considerino quelle fattispecie di reato che ledono un diritto altrui, in particolare quelle azioni dolose e colpose che violano il diritto alla vita e alla integrità psico-fisica della persona e, in generale, offendono i diritti della personalità, tutelati dal Dettato Costituzionale.

3.2. La responsabilità da fatto illecito

L'illecito civile, al pari di quello penale, consta di tre componenti fondamentali: il fatto materiale, l'antigiuridicità e la colpevolezza.

1) *L'azione* o la condotta (commissiva od omissiva) da cui scaturisce il danno, può dimostrarsi dolosa o colposa, cioè una attività antigiuridica e perciò ingiusta, addebitabile al soggetto agente. Il risarcimento è dovuto qualora il danno sia conseguenza immediata e diretta del fatto illecito (fatto materiale).

2) *L'antigiuridicità* costituisce il requisito formale del fatto illecito e indica che l'obbligo al risarcimento consegue al compimento di azioni illecite codificate, le sole in grado di portare a un "danno ingiusto".

danno ingiusto; viene quindi liquidato a parte; il suo ammontare non viene stabilito dal medico, ma viene fissato dal giudice in via equitativa.

¹⁵ N.B. A partire dal 20 marzo 2011, data di entrata in vigore del , il risarcimento del danno derivante da responsabilità medica, passerà obbligatoriamente attraverso l'esperimento del procedimento della mediazione, atta a portare alla composizione della controversia attraverso l'utilizzo di questo strumento alternativo alla giurisdizione.

Costituiscono cause di giustificazione, escludenti l'antigiuridicità e quindi la responsabilità, senza il conseguente obbligo di risarcimento: la *legittima difesa* (art. 2044 c.c.¹⁶) e lo *stato di necessità* (art. 2045 c.c.¹⁷).

3) La *colpevolezza* presuppone la capacità di intendere e di volere, dipendendo il fatto illecito da un'azione cosciente e volontaria, per dolo o per colpa. Il concetto di *colpevolezza*, nella più ampia accezione civilistica, si ricollega alla violazione di quelle regole di scrupolosa e ponderata condotta che devono improntare il comportamento di ogni uomo nella vita sociale.

Non risponde delle conseguenze del fatto dannoso chi non aveva la capacità di intendere o di volere al momento del fatto (art. 2046 c.c.¹⁸), a meno che lo stato di incapacità derivi da sua colpa, per esempio, l'aver agito in stato di ubriachezza o di stupefazione volontaria.

Del danno cagionato da una persona mentalmente incapace risponde chi era tenuto alla sua sorveglianza, salvo provi di non avere potuto impedire il fatto (art. 2047 c.c.¹⁹).

Del danno provocato dall'azione illecita commessa dai minori rispondono i genitori o il tutore, se non provano anch'essi di non avere potuto impedire il fatto (art. 2048 c.c.²⁰).

Qualora l'evento dannoso sia dovuto a caso fortuito o a forza maggiore la *colpevolezza* è inoltre esclusa (art. 45 c.p.²¹).

Il fondamento giuridico civile della responsabilità professionale risiede anzitutto nel disposto del già menzionato articolo 2043 c.c., secondo il qua-

¹⁶ art. 2044 c.c. (*Legittima difesa*): "Non è responsabile chi cagiona il danno per legittima difesa di sé o di altri."

¹⁷ art. 2045 c.c. (*Stato di necessità*): "Quando chi ha compiuto il fatto dannoso vi è stato costretto dalla necessità di salvare sé o altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, e il pericolo non è stato da lui volontariamente causato né altrimenti evitabile, al danneggiato è dovuta un'indennità, la cui misura è rimessa all'equo apprezzamento del giudice."

¹⁸ art. 2046 c.c. (*Imputabilità del fatto dannoso*): "Non risponde delle conseguenze del fatto dannoso chi non aveva la capacità d'intendere o di volere al momento in cui lo ha commesso, a meno che lo stato d'incapacità derivi da sua colpa."

¹⁹ art. 2047 c.c. (*Danno cagionato dall'incapace*): "In caso di danno cagionato da persona incapace di intendere o di volere, il risarcimento è dovuto da chi è tenuto alla sorveglianza dell'incapace, salvo che provi di non aver potuto impedire il fatto. /.../".

²⁰ art. 2048 c.c. (*Responsabilità dei genitori, dei tutori, dei precettori e dei maestri d'arte*): "Il padre e la madre, o il tutore sono responsabili del danno cagionato dal fatto illecito dei figli minori non emancipati o delle persone soggette alla tutela che abitano con essi. La stessa disposizione si applica all'affiliante. - I precettori e coloro che insegnano un mestiere o un'arte sono responsabili del danno cagionato dal fatto illecito dei loro allievi e apprendisti nel tempo in cui sono sotto la loro vigilanza. - Le persone indicate dai commi precedenti sono liberate dalla responsabilità soltanto se provano di non aver potuto impedire il fatto."

²¹ art. 45 c.p. (*Caso fortuito o forza maggiore*): "Non è punibile chi ha commesso il fatto per caso fortuito o forza maggiore".

le qualunque fatto doloso o colposo che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto di risarcire il danno. Questo risarcimento consiste in pratica nella reintegrazione patrimoniale di quanto perduto dal soggetto passivo ad opera di colui che ha commesso il fatto.

3.3. *Il danno alla persona*

La nozione comune di danno alla persona è quella di una *modificazione peggiorativa del modo di essere della persona, considerata come entità somato-psichica*.

Il concetto di danno (nocumento, pregiudizio, guasto, svantaggio) si lega necessariamente ad una alterazione intervenuta nell'individuo rispetto a una situazione antecedente e consiste in un passaggio dalla salute alla malattia o nell'aggravamento di un fatto patologico preesistente.

La modificazione peggiorativa anzidetta assume significato medico-legale quando ad essa si collega un effetto giuridico; perciò il danno alla persona consta di due elementi: - a) il *danno giuridico*, o formale, costituito dal bene o interesse tutelato dalla legge, il cui pregiudizio suscita una reazione dell'ordinamento giuridico rivolta alla riparazione del danno; - b) il *danno biologico*, o materiale, rappresentato dall'alterazione di ordine fisico o psichico dell'organismo.

3.4. *Determinanti del danno*

Il danno alla persona, considerato nella sua componente biologica, consta di tre fattori (*determinanti del danno*) uniti dal rapporto eziologico e dalla progressione cronologica: *l'azione lesiva*, la *lesione* e la *menomazione*, ognuno dei quali richiede un'analisi appropriata e correlata, essendo la lesione un effetto dell'azione lesiva e la menomazione una conseguenza della lesione.

1) *Azione lesiva*

L'azione lesiva coincide con l'incontro tra l'agente dannoso e l'organismo e si identifica con la causa vera e propria del danno.

La ricerca del momento lesivo non si esaurisce con lo scoprire l'eziologia e la patogenesi della lesione, bensì comprende l'analisi delle circostanze

in cui si è verificato il danno, tenendo presente che alle diverse modalità dell'accadimento corrisponde un effetto giuridico anziché un altro²².

La causa del danno è rappresentata da fattori di provenienza diversa, riconducibili in tutto o in parte ad azioni lesive accidentali o volontarie, dovute quindi o a forze naturali o promosse dalla condotta dell'uomo.

2) La *lesione*

La lesione costituisce *l'alterazione della integrità somatica e/o psichica della persona*, rappresentata in concreto da un processo patologico²³.

La lesione è il risultato dell'azione lesiva e comprende tanto le modificazioni organiche, quanto le pure compromissioni funzionali della compagine individuale. Pertanto, si considera lesione ogni processo morboso in atto a carattere evolutivo e coincide col concetto di malattia.

a) Rispetto al loro *carattere*, le lesioni possono essere suddivise in organiche e funzionali, somatiche, psichiche o miste somato-psichiche, in locali e generali, in uniche o multiple.

b) Dalla *gravità* della lesione dipende l'entità delle conseguenze menomative, pur non esistendo sempre un completo parallelismo tra i due fatti. Conferiscono carattere di gravità alla lesione la tendenza alle complicazioni, l'insanabilità certa o probabile, il grado di pericolosità delle manifestazioni morbose e l'ampiezza della compromissione dei vari organi e apparati.

c) Dalla *durata* della lesione dipende invece il tempo di dannosità della lesione stessa, i cui effetti temporanei o permanenti sono in rapporto con il decorso e con il destino del processo morboso e i cui esiti possono essere la guarigione completa, il residuo di postumi, la cronicizzazione o la morte.

3) La *menomazione*

La menomazione rappresenta la conseguenza della lesione e consiste nella *compromissione della efficienza fisica e/o psichica della persona*. Il concetto di menomazione è propriamente funzionale e si riferisce all'abolizione o alla riduzione delle attività organiche elementari, da cui derivano disfunzioni motorie, sensoriali, psichiche, neurovegetative, endocrine, viscerali, sessuali, estetiche, ecc., le quali si ripercuotono sfavorevolmente sulla persona del danneggiato.

²² Es. una caduta che provoca la frattura di un arto può dipendere dalla condotta dolosa o colposa di terzi chiamando in causa la responsabilità penale e civile del colpevole; può avvenire in occasione di lavoro implicando allora l'intervento delle assicurazioni contro gli infortuni; può derivare da una disgrazia accidentale ed essere perciò priva di interesse giuridico; tuttavia nemmeno la pura accidentalità esclude ripercussioni giuridiche, qualora il soggetto sia titolare di una polizza privata contro gli infortuni.

²³ Es. una ferita, una frattura, una infezione, una ustione, una intossicazione, una radio-dermite o una insolazione.

Quanto ai rapporti tra lesione e menomazione è utile ribadire che la lesione costituisce il processo morboso in sé (es. la frattura dell'arto inferiore), mentre la menomazione è il deficit funzionale che ne deriva (l'impossibilità della deambulazione). Esistono lesioni che non comportano alcuna menomazione apprezzabile (es. una semplice ecchimosi), mentre un divario può esistere tra la menomazione *funzionale* e la menomazione *professionale*, le quali differiscono secondo che il danno somato-psichico comporti o meno ripercussioni sul rendimento lavorativo. Ciò avviene anche in virtù dei compensi e degli adattamenti funzionali che l'organismo, indipendentemente dai presidi dell'arte, è capace di mettere in opera spontaneamente.

La menomazione può essere concomitante o susseguente alla lesione.

È *concomitante* la menomazione che coincide col periodo della malattia e fa parte delle manifestazioni cliniche attive della stessa, assumendo carattere temporaneo se la malattia viene a guarigione, oppure permanente se la malattia tende alla cronicità.

È invece *sussequente* la menomazione che deriva dagli esiti stabilizzati della lesione e permane dopo la guarigione clinica della lesione stessa.

3.5. Classificazione del danno

Il danno alla persona, oltre ad essere suddiviso in temporaneo e in permanente, può inoltre essere classificato in danno attuale, potenziale, futuro e aleatorio.

1) Il *danno attuale*, o presente, è caratterizzato dalla contemporaneità del danno biologico e di quello giuridico, la cui coesistenza nella persona è in atto al momento della valutazione, tanto nella obiettività clinica quanto nel pregiudizio dell'interesse giuridico²⁴.

2) Nel *danno potenziale* esiste, invece, una dissociazione tra la componente biologica e quella giuridica e lo si ritrova nel danneggiato che ancora non ha iniziato l'attività produttiva (minori, studenti) e perciò la menomazione già costituita e inemendabile renderà attuali i suoi effetti giuridici col ricorrere di determinate condizioni²⁵.

²⁴ Es. Costituisce *danno attuale*, la riduzione della capacità di lavoro e di guadagno che un individuo subisce a seguito della menomazione permanente di un arto.

²⁵ Es. Il *danno potenziale* può essere quello di un bambino portatore di una paresi di un arto le cui conseguenze menomative potranno determinare il danno economico quando comincerà a lavorare; oppure, in caso di lesioni permanenti degli organi sessuali, un bambino subirà il danno quando, dopo la pubertà, si renderà manifesta l'impotenza sessuale.

3) Il *danno futuro* è quello non ancora verificatosi, ma prevedibile con certezza o con grande probabilità, in quanto si realizzerà in avvenire nonostante le cautele o le cure. Il giudizio prognostico in questo campo deve basarsi su elementi concreti, in atto esistenti, suscettibili di sviluppi pregiudizievoli nel tempo, prevedibili secondo l'ordine naturale delle cose. Si può ammettere un danno di futura realizzazione quando si tratta di una malattia a carattere sicuramente inarrestabile e con decorso progressivo; quando sia certa o assai probabile un aggravamento dei postumi in atto, la cui natura ingravescente sia confermata dalla comune esperienza clinica (artrosi secondaria a fratture articolari) ecc.

Il danno futuro, in quanto certo o probabile, è risarcibile al pari di quello attuale.

4) Il *danno aleatorio* è quello solo possibile, d'incerto verificarsi, anche se sussistono le condizioni e le cause che lo fanno presumere. Si esclude quindi non solo la semplice speranza di miglioramenti economici in avvenire ma anche l'eventualità d'ipotetica realizzazione di aggravamenti, complicazioni o riacutizzazioni di fatti morbosi presenti.

Questo danno non è risarcibile per essere, appunto, aleatorio e imponderabile nelle sue conseguenze pregiudizievoli.

3.6. *Accertamento del danno*

Nell'accertamento del danno alla persona vanno indagati la *realtà del danno* (constatazione obiettiva della lesione e conferma delle circostanze e delle cause addotte dal periziando come responsabili del fatto lesivo), le *cause del danno* (possono dipendere da fatti naturali o da azioni umane), la *natura del danno* (i suoi caratteri clinici e anatomo-patologici riguardanti la sede, l'estensione, la gravità, la durata e gli esiti della lesione), l'*entità del danno* (collegata direttamente alla natura clinica e alle sue conseguenze menomative), le *conseguenze del danno* (risultano da un insieme di elementi convergenti, che riguardano la lesione e la menomazione con la loro intrinseca dannosità) e le *ripercussioni giuridiche* del danno.

3.7. *La proiezione del danno*

La valutazione medico-legale in questo campo deve tener conto del rapporto danno-interesse di cui si è detto; pertanto occorre individuare sia l'entità qualitativa e quantitativa della menomata integrità della persona, sia l'equivalente nocumento di ordine giuridico che ne consegue e che può ri-

guardare una delle quattro branche principali di proiezione: quella penale, quella civile, le assicurazioni sociali e le assicurazioni private.

La reazione giuridica, diretta alla riparazione del danno, assume di conseguenza la fattispecie di una sanzione penale, di un risarcimento pecuniario, di un indennizzo, di una rendita o di una pensione, secondo la natura del bene danneggiato e l'interesse giuridico corrispondente.

In ogni branca, i fondamenti giuridici, le finalità, i sistemi e i metodi di valutazione tecnica sono diversi e hanno una propria autonomia, nonostante i punti di contatto esistenti sul piano teorico e nella rilevazione clinica del danno.

Possono coesistere più danni contemporanei qualora vengano lesi simultaneamente più interessi tutelati dall'ordinamento giuridico. Il delitto di lesione personale, ad esempio, comporta la sanzione punitiva e l'obbligo del risarcimento del danno.

1) La *proiezione* del danno nel diritto *penale* poggia sul principio che ogni individuo ha protetta la integrità del proprio corpo. Oltre il danno maggiore (morte), il diritto penale tutela l'integrità psico-fisica della persona come bene-interesse a sé stante, un diritto innato dell'essere umano indipendentemente da ripercussioni economiche o di altro genere.

2) La *proiezione* del danno in diritto *civile* ha come scopo il risarcimento, cui il danneggiante è obbligato nei confronti del danneggiato. Questo risarcimento è rapportato alla effettiva menomazione patita dal soggetto danneggiato, per ciò non solo interessa l'alterazione dell'integrità somatopsichica della persona come tale, ma hanno rilievo anche le conseguenze economicamente valutabili della menomazione stessa. In termini pratici, l'oggetto del danno è la lesione fisica del corpo umano, come lo sono tutti gli effetti patrimoniali ed extrapatrimoniali che da tale lesione derivano.

3) La *proiezione* del danno nelle *assicurazioni sociali*, riguardante l'infortunistica sul lavoro e le malattie professionali, immedesima l'evento dannoso colla riduzione o colla perdita dell'*attitudine al lavoro* conseguente alla menomata integrità fisico-psichica del lavoratore.

4) La *proiezione* del danno in *assicurazione privata*, con riferimento agli infortuni a polizza, si realizza sulla base di una obbligazione contrattuale che copre il rischio di *lesioni corporali* obiettivamente, prodotte da cause violente fortuite, da cui derivi la morte o l'invalidità permanente o l'invalidità temporanea.

4. La responsabilità disciplinare

La *responsabilità disciplinare* nasce dalla violazione dei principi di correttezza professionale, e questo indipendentemente da eventuali conseguenze penali o civili. Costituisce una forma di responsabilità personale, non trasferibile quindi a terzi, di tipo "amministrativo", poiché l'obbligo di mantenere un comportamento corretto è rivolto alla Pubblica Amministrazione; essa ricade, pertanto su tutti i dipendenti pubblici.

I principali cardini di questo tipo di potere sanzionatorio sono quelli della *tassatività* (sanzioni disciplinari possono essere comminate solo per fatti determinati) e della *proporzionalità* (sanzione deve essere proporzionata alla gravità del fatto commesso).

La responsabilità disciplinare dei dipendenti del S.S.N. è disposta nel D.P.R. 761/1979 e dal D.Lgs 29/1993.

Il potere disciplinare persegue due tipi di obiettivi: quello *punitivo*, attuato contro colui che trasgredisce le norme disciplinari; quello *preventivo*, con la minaccia della sanzione si vuole evitare che qualcuno commetta o ripeta una infrazione disciplinare.

Le sanzioni previste, dipendenti dalla gravità della infrazione commessa e, come già precisato, indipendenti da eventuali conseguenze penali o civili, sono state introdotte e modificate con l'approvazione del D.Lgs. 29/1993 e successive modifiche e, in ordine crescente, sono: - a) *rimprovero verbale*; - b) *rimprovero scritto* (censura); - c) *multa con importo non superiore a quattro ore di retribuzione*²⁶; - d) *sospensione dal lavoro e dalla retribuzione fino ad un massimo di dieci giorni*²⁷; - e) *licenziamento con preavviso*

²⁶ Es. Questi tre tipi di sanzione possono seguire ai seguenti comportamenti: inosservanza delle disposizioni di servizio, anche in tema di assenze per malattia, nonché di orario di lavoro; - condotta, nell'ambiente di lavoro, non conforme ai principi di correttezza verso i superiori o altri dipendenti o nei confronti degli utenti o di terzi; - negligenza nell'esecuzione dei compiti assegnati, nella cura dei locali e dei beni mobili o strumenti affidati o sui quali, in relazione alle proprie responsabilità, si debba espletare attività di custodia o vigilanza; - inosservanza degli obblighi in materia di prevenzione degli infortuni sul lavoro e di sicurezza sul lavoro ove non ne sia derivato danno o disservizio; - insufficiente rendimento nell'assolvimento dei compiti assegnati rispetto ai carichi di lavoro; - violazioni di doveri di comportamento non ricompresi specificatamente nelle punti precedenti, da cui sia derivato disservizio ovvero danno o pericolo all'azienda o ente, agli utenti o ai terzi.

²⁷ Es. Tale sanzione applicata nel caso in cui si abbia o una recidiva o una particolare gravità nell'inosservanza degli obblighi in materia di prevenzione degli infortuni sul lavoro e di sicurezza sul lavoro ove non ne sia derivato danno o disservizio per assenza ingiustificata di servizio fino a 10 giorni o arbitrario abbandono dello stesso; - ingiustificato ritardo, non superiore a 10 gg., a trasferirsi nella sede assegnata; - svolgimento di attività che ritardino il recupero psicofisico durante lo stato di malattia o infortunio; - testimonianza falsa o reticente in procedimenti disciplinari o rifiuto della stessa, fatta salva la tutela del segreto

pronunciato per atti tali "da non consentire la prosecuzione del rapporto di lavoro"²⁸; - f) *licenziamento senza preavviso* attuato per fatti tali "da non consentire la prosecuzione neanche provvisoria del rapporto di lavoro"²⁹.

Il tipo e l'entità di ogni sanzione sono determinati in relazione ai seguenti criteri generali di valutazione:

- intenzionalità del comportamento, grado di negligenza, imprudenza o imperizia dimostrate, tenuto conto anche delle prevedibilità dell'evento;
- rilevanza degli obblighi violati;
- responsabilità connesse alle posizioni di lavoro occupato dal dipendente;
- grado di danno o di pericolo causato all'amministrazione, agli utenti o a terzi, ovvero al disservizio determinatosi;
- sussistenza di circostanze aggravanti o attenuanti, con particolare riguardo al comportamento del lavoratore, ai precedenti disciplinari nell'ambito del biennio previsto dalla legge, al comportamento verso gli utenti;

professionale nei casi e nei limiti previsti dalla vigente normativa; - comportamenti minacciosi, gravemente ingiuriosi, calunniosi o diffamatori nei confronti di utenti, altri dipendenti o terzi; - alterchi con vie di fatto negli ambienti di lavoro con utenti, dipendenti o terzi; - manifestazioni ingiuriose nei confronti dell'amministrazione, salvo che siano espressioni della libertà di pensiero; - atti, comportamenti o molestie, anche di carattere sessuale, lesivi della dignità della persona; - violazione dei doveri di comportamento non ricompresi specificatamente nei punti precedenti da cui sia, comunque, derivato grave danno all'azienda o ente, agli utenti o a terzi.

²⁸ Es. Tale sanzione può applicarsi in caso di: recidiva plurima, almeno tre volte nell'anno, delle mancanze previste per l'applicazione della sanzione precedente; - occultamento, da parte del responsabile della custodia, del controllo o della vigilanza, di fatti e circostanze relative a uso illecito, manomissione, distrazione o sottrazione di somme, beni di pertinenza dell'azienda o ente o da essi affidati; - rifiuto espresso di trasferimento disposto per motivate esigenze di servizio; - assenza ingiustificata e arbitraria dal servizio per un periodo superiore a dieci giorni consecutivi lavorativi; - persistente insufficiente rendimento nei compiti assegnati rispetto ai carichi di lavoro ovvero fatti che dimostrino grave incapacità ad adempiere adeguatamente agli obblighi di servizio; - condanna passata in giudicato per un delitto che, commesso fuori del servizio e non attinente in via diretta al rapporto di lavoro, non ne consenta la prosecuzione per la sua specifica gravità; - violazione dei doveri di comportamento non ricompresi specificatamente nei punti precedenti, di gravità tale secondo i criteri prefissati, da non consentire la prosecuzione del rapporto di lavoro.

²⁹ Es. Tale sanzione può applicarsi in caso di: recidiva, negli ambienti di lavoro, di vie di fatto, contro superiori o altri dipendenti o terzi, anche per motivi non attinenti al servizio; - accertamento che l'impiego fu conseguito mediante la produzione di documenti falsi e, comunque, con mezzi fraudolenti; - condanna penale passata in giudicato per diversi reati, quali associazione finalizzata al traffico illecito, produzione di sostanze stupefacenti, importazione, vendita ecc, di armi, corruzione, abuso di poter, ecc; o per gravi delitti commessi in servizio; - condanna passata in giudicato quando dalla stessa consegue l'interdizione perpetua dai pubblici servizi; - violazione intenzionale dei doveri non ricompresi specificatamente nei punti precedenti, anche nei confronti di terzi, di gravità tale, in relazione ai criteri fissati, da non consentire la prosecuzione neppure provvisoria del rapporto di lavoro.

- complicità nella mancanza di più lavoratori in concorso tra loro.

Il procedimento, tranne che per il rimprovero verbale, parte con una contestazione scritta dell'addebito che avviene tempestivamente e comunque entro venti giorni dalla conoscenza del fatto da parte dell'ufficio istruttore dell'azienda. Il dipendente può farsi assistere da un procuratore ovvero da un rappresentante dell'associazione sindacale cui conferisce mandato. Il procedimento deve concludersi entro centoventi giorni dalla contestazione dell'addebito. Se entro questo termine non si è giunti ad una conclusione, il procedimento si estingue.

Parte terza

L'inizio della vita

1. La tutela della salute materno-infantile

1. Introduzione

La Costituzione, all'articolo 2¹, garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, fra cui, in primis, il diritto alla vita, diritto che racchiude in sé quello del concepito di nascere e di ricevere le appropriate cure pre- e post-natali. Direttamente connessi al concepimento e alla nascita di un figlio sono i diritti della coppia di ottenere informazioni sulla fecondazione, anche ai fini di una procreazione effettivamente responsabile, sulla gestazione e il parto, nonché il diritto della madre di ricevere la necessaria assistenza nel periodo pre-, durante e post-partum².

La Costituzione riconosce inoltre il valore sociale della maternità assicurando una particolare tutela, giuridica e sociale, ai diritti della madre, sia nubile sia coniugata, e del figlio³.

¹ art. 2 Cost.: "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale."

² N.B. Un indice circa la qualità dei servizi in materia di salvaguardia della salute materno-infantile è costituito dal tasso di mortalità perinatale, che nel nostro paese è progressivamente diminuito, attestandosi attualmente a circa 1,1 caso per mille.

³ Così, sono previsti diversi articoli riguardanti la famiglia sotto il Titolo II "Rapporti etico-sociali": art. 29 Cost.: "La Repubblica riconosce i diritti della famiglia come società naturale fondata sul matrimonio. Il matrimonio è ordinato sulla eguaglianza morale e giuridica dei coniugi, con i limiti stabiliti dalla legge a garanzia dell'unità familiare."- art. 30 Cost.: "E' dovere e diritto dei genitori mantenere, istruire ed educare i figli, anche se nati fuori del matrimonio. Nei casi di incapacità dei genitori, la legge provvede a che siano assolti i loro compiti. La legge assicura ai figli nati fuori del matrimonio ogni tutela giuridica e sociale, compatibile con i diritti dei membri della famiglia legittima. La legge detta le norme e i limiti per la ricerca della paternità." - art. 31 Cost.: "La Repubblica agevola con misure economiche ed altre provvidenze la formazione della famiglia e l'adempimento dei compiti relativi, con particolare riguardo alle famiglie numerose. Protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tali scopi." - art. 37 Cost.: "Le condizioni

Il Servizio Sanitario Nazionale mette in primo piano la tutela della salute materno-infantile, attraverso programmi di prevenzione e educazione sanitaria, incentrati su prevenzione, controllo e assistenza delle diverse patologie materne e/o infantili, controllo della somministrazione di farmaci e/o dell'esposizione della gestante a fattori di rischio nell'ambiente di vita e di lavoro, delle vaccinazioni nella prima infanzia, ecc. Oltre a questi interventi più strettamente "sanitari", viene posta particolare attenzione alla protezione sociale dell'infanzia e adolescenza con programmi di prevenzione e trattamento della devianza e della delinquenza giovanili, dell'emarginazione del minore, delle condotte tossicomane, degli abusi sui minori, ecc.

2. I Consulori familiari

Premesso che la Costituzione, all'articolo 31, agevola la formazione della famiglia e protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù, "favorendo gli istituti necessari a tale scopo", lo scopo specifico della tutela sociale della maternità è stato demandato ai *Consultori familiari*, istituiti con legge 29 luglio 1975, n°405, "*Istituzione dei Consulori Familiari*"⁴, gestiti dai Comuni e da altri enti pubblici o privati, con *compiti di medicina sociale* e al cui interno operano medici, psicologi, pedagogisti, assistenti sociali e personale proveniente dal volontariato⁵.

di lavoro devono consentire l'adempimento della sua essenziale funzione familiare ed assicurare alla madre e al bambino una speciale adeguata protezione."

⁴ N.B. Alla presentazione di tale legge al Senato venne stabilito che "il medico del consultorio è direttamente chiamato a gestire, con scienza e coscienza, tutta la dinamica della fisiologia della maternità"; il concetto di fisiologia della maternità comprende ogni fase del processo fisiologico che va dal concepimento, alla gestazione, alla nascita e oltre.

⁵ Legge 405/75, art. 2: "La Regione fissa con proprie norme legislative i criteri per la programmazione, il funzionamento, la gestione e il controllo del servizio di cui all'art. 1 in conformità ai seguenti principi: a) sono istituiti da parte dei comuni o di loro consorzi i consultori d'assistenza alla famiglia e alla maternità quali organismi operativi delle unità sanitarie locali, quando queste saranno istituite; b) consultori possono essere istituiti anche da istituzioni o da enti pubblici e privati che abbiano finalità sociali, sanitarie e assistenziali senza scopo di lucro quali presidi di gestione diretta o convenzionata delle unità sanitarie locali, quando queste saranno istituite; c) i consultori pubblici ai fini della assistenza ambulatoriale e domiciliare, degli opportuni interventi e della somministrazione dei mezzi necessari si avvalgono del personale dei distretti sanitari, degli uffici sanitari comunali e consorziali, delle condotte mediche e ostetriche e delle altre strutture di base sociali, psicologiche e sanitarie. I consultori di cui alla precedente lettera b) adempiono alle funzioni di cui sopra mediante convenzioni con le unità sanitarie locali. /.../ I consultori pubblici e privati per gli esami di laboratorio e radiologici ed ogni altra ricerca strumentale possono avvalersi degli ospedali e dei presidi specialistici degli enti d'assistenza sanitaria." - art. 3: "Il personale di consulenza e d'assistenza addetto ai consultori deve essere in possesso di titoli specifici in una delle se-

I consultori, in base all'articolo 1⁶, sono deputati a fornire assistenza psicologica e sociale sia per la preparazione alla maternità e paternità responsabili, sia per problemi della coppia o della famiglia, anche in ordine alla problematicità minorile; provvedono alla somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia o dal singolo in relazione alla procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche e dell'integrità fisica degli utenti; tutelano la salute della gestante e del prodotto del concepimento; divulgano informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza consigliando i metodi ed i farmaci adatti a ciascun caso. Le prestazioni fornite dai consultori all'utente sono gratuite⁷.

In conformità a quanto disciplinato dalla legge 194/78, disciplinante l'interruzione volontaria di gravidanza, il personale dei Consultori, oltre ad avere un ruolo importante per quanto riguarda la richiesta per poter procedere all'intervento interruttivo e l'assistenza della donna in stato di gravidanza, è tenuto ad informarla circa i diritti a lei spettanti per legge, i servizi offerti dalle strutture operanti sul territorio e le modalità per ottenere il rispetto delle norme riguardanti la tutela la donna lavoratrice (vedi capitolo a riguardo).

3. La legge 22 maggio 1978, n°194, "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza" (I.V.G.)

3.1. Introduzione

La problematica dell'aborto veniva affrontata sin dal 1948, quando l'Associazione medica mondiale, redigendo la "Dichiarazione di Ginevra",

guenti discipline: medicina, psicologia, pedagogia ed assistenza sociale, nonché dell'abilitazione, ove prescritta, all'esercizio professionale."

⁶ Legge 405/75, art 1: "Il servizio d'assistenza alla famiglia e alla maternità ha come scopo: a) l'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità ed alla paternità responsabile e per i problemi della coppia e della famiglia, anche in ordine alla problematica minorile; b) la somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e dal singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche e dell'integrità fisica degli utenti; c) la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento; d) la divulgazione delle informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza consigliando i metodi ed i farmaci adatti a ciascun caso."

⁷ Legge 405/75, art. 4: "L'onere delle prescrizioni di prodotti farmaceutici va a carico dell'ente o del servizio cui compete l'assistenza sanitaria. Le altre prestazioni previste dal servizio istituito con la presente legge sono gratuite per tutti i cittadini italiani e per gli stranieri residenti o che soggiornino, anche temporaneamente, su territorio italiano."

ebbe ad affermare che il medico deve mantenere il "massimo rispetto per la vita umana fino dal concepimento". L'anno successivo, discutendo dell'aborto terapeutico, si specificava che questo poteva essere praticato solamente se la coscienza del medico e le leggi nazionali lo permettevano, ragion per cui un eventuale conflitto fra la coscienza del medico e la legge doveva essere risolto con l'obiezione di coscienza.

Prima dell'entrata in vigore della legge 194/78, l'aborto procurato configurava un reato contro l'integrità e la sanità della stirpe (artt. 545, 546 e 547 c.p.). Il codice penale prevedeva inoltre i reati di istigazione all'aborto, di procurata impotenza alla procreazione nonché l'incitamento a queste pratiche (artt. 548, 552 e 553 c.p.). Così l'aborto terapeutico era ammesso unicamente al fine di salvare la vita della madre ed evitare un grave pericolo attuale e non altrimenti evitabile (ex art. 54 c.p.: Stato di necessità, vedi capitolo a riguardo).

Un passo decisivo per l'emanazione della legge fu la sentenza 18 febbraio 1975, n°27, della Corte Costituzionale che ebbe a dichiarare l'illegittimità dell'articolo 546 c.p. nella parte in cui non prevedeva che la gravidanza possa essere interrotta qualora il suo proseguimento provochi danno o pericolo grave per la salute della madre. Così tra il diritto di gestante alla tutela della propria salute e il diritto del feto alla vita, veniva privilegiato quello della madre, in quanto il concepito non sarebbe ancora persona, fermo restando il dovere di fare il possibile per salvargli la vita.

Il progetto definitivo della legge 194 veniva approvato dalla Camera dei Deputati il 21 gennaio 1977, successivamente modificato dalle Commissioni riunite di giustizia, igiene e sanità del Senato ed infine, con altre modifiche, tradotto nella legge: "*Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*".

3.2. La legge 22 maggio 1978, n°194

Va preliminarmente precisato che sotto il profilo *penale*, il termine di "aborto" indica l'interruzione della gravidanza prima del suo termine fisiologico, con morte del prodotto del concepimento. In *clinica*, invece, si parla di "aborto" per definire l'interruzione della gestazione prima della fine del sesto mese di gravidanza, cioè prima del 180° giorno (termine oltre il quale il feto sarebbe vitale), con morte del prodotto del concepimento. Infatti, se l'interruzione della gravidanza avviene dopo tale termine si parla di "parto prematuro con morte del prodotto del concepimento".

La legge 194/78, all'articolo 1⁸, afferma preliminarmente la contrarietà giuridica all'aborto come mezzo di controllo delle nascite, riconoscendo il valore sociale della maternità e il diritto alla procreazione cosciente e responsabile⁹.

All'articolo 2¹⁰ viene richiamato quanto previsto dalla legge 405/75 riguardante i Consultori familiari.

La legge 194/78 disciplina l'interruzione volontaria di gravidanza nei primi 90 giorni e dopo i 90 giorni di gestazione.

L'I.V.G. è per legge gratuita. Gli esami clinici, l'intervento interruttivo, le cure successive e la degenza fanno parte delle prestazioni offerte dalle Regioni. Se la gravidanza viene portata a termine, le cure, gli accertamenti e il parto sono a carico delle ASL (art. 10¹¹).

⁸ Legge 194/78, art. 1: "Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio. L'interruzione volontaria della gravidanza, di cui alla presente legge, non è mezzo per il controllo delle nascite. Lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, promuovono e sviluppano i servizi socio-sanitari, nonché altre iniziative necessarie per evitare che l'aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite."

⁹ Negli ultimi anni si è potuto assistere ad una progressiva diminuzione degli interventi interruttivi la gravidanza nel primo trimestre (1982=>234.801; 2006=>131.018; 2007=>127.038), diminuzione però riferita a donne italiane, mentre sarebbero in aumento le richieste avanzate da donne straniere.

¹⁰ Legge 194/78, art. 2: "I consultori familiari istituiti dalla legge 29 luglio 1975, n°405, fermo restando quanto stabilito dalla stessa legge, assistono la donna in stato di gravidanza: a) informandola sui diritti a lei spettanti in base alla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali concretamente offerti dalle strutture operanti nel territorio; b) informandola sulle modalità idonee a ottenere il rispetto delle norme della legislazione sul lavoro a tutela della gestante; c) attuando direttamente o proponendo allo ente locale competente o alle strutture sociali operanti nel territorio speciali interventi, quando la gravidanza o la maternità creino problemi per risolvere i quali risultino inadeguati i normali interventi di cui alla lettera a); d) contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza. I consultori /.../ possono avvalersi, per i fini previsti dalla legge, della collaborazione volontaria di idonee formazioni sociali di base e di associazioni del volontariato, che possono anche aiutare la maternità difficile dopo la nascita. La somministrazione su prescrizione medica, nelle strutture sanitarie e nei consultori, dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile è consentita anche ai minori."

¹¹ Legge 194/78, art. 10: "L'accertamento, l'intervento, la cura e la eventuale degenza relativi alla interruzione della gravidanza nelle circostanze previste dagli artt. 4 e 6, ed attuati nelle istituzioni sanitarie di cui all'art. 8, rientrano fra le prestazioni ospedaliere trasferite alle regioni dalla legge 17 agosto 1974, n°386. Sono a carico della regione tutte le spese per eventuali accertamenti, cure o degenze necessarie per il compimento della gravidanza nonché per il parto, riguardanti le donne che non hanno diritto all'assistenza mutualistica. Le prestazioni sanitarie e farmaceutiche non previste dai precedenti commi e gli accertamenti effettuati secondo quanto previsto dal secondo comma dell'art. 5 e dal primo com. dell'art. 7 da medici dipendenti pubblici, o che esercitano la loro attività nell'ambito di strutture pubbli-

L'interruzione della gravidanza deve essere praticata (art. 8¹²) da un medico del servizio ostetrico-ginecologico presso un Ospedale generale: nei primi 70 giorni può anche essere praticata presso case di cura autorizzate o presso ambulatori pubblici del S.S.N.

3.2.1. I.V.G. entro i primi 90 giorni di gestazione

La legge 194/78, all'articolo 4¹³, regola l'interruzione volontaria della gravidanza entro i *primi 90 giorni* di gestazione, dando alla donna, che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito, il diritto

che o convenzionate con la regione, sono a carico degli enti mutualistici, sino a che non sarà istituito il servizio sanitario nazionale.”

¹² Legge 194/78, art. 8: “L'interruzione della gravidanza è praticata da un medico del servizio ostetrico-ginecologico presso un ospedale generale, /.../ il quale verifica anche l'inesistenza di controindicazioni sanitarie. Gli interventi possono essere altresì praticati presso gli ospedali pubblici specializzati, gli istituti ed enti di cui all'art. 1, penultimo com., della legge 12 febbraio 1968, n°132, e le istituzioni di cui alla legge 26 novembre 1973, n°817, ed al decreto del Presidente della Repubblica 18 giugno 1958, n°754, sempre che i rispettivi organi di gestione ne facciano richiesta. Nei primi 90 giorni l'interruzione della gravidanza può essere praticata anche presso case di cura autorizzate dalla regione, fornite di requisiti igienico-sanitari e di adeguati servizi ostetrico-ginecologici. Il Ministro della sanità con suo decreto limiterà la facoltà delle case di cura autorizzate, a praticare gli interventi di interruzione della gravidanza, stabilendo: 1) la percentuale degli interventi di interruzione della gravidanza che potranno avere luogo, in rapporto al totale degli interventi operatori eseguiti nell'anno precedente presso la stessa casa di cura; 2) la percentuale dei giorni di degenza consentiti per gli interventi di interruzione della gravidanza, rispetto al totale dei giorni di degenza che nell'anno precedente si sono avuti in relazione alle convenzioni con la regione. /.../ Nei primi 90 giorni gli interventi di interruzione della gravidanza dovranno altresì poter essere effettuati, dopo la costituzione delle unità socio-sanitarie locali, presso poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali ed autorizzati dalla regione. Il certificato rilasciato ai sensi del terzo com. dell'art. 5 e, alla scadenza dei 7 giorni, il documento consegnato alla donna ai sensi del quarto com. dello stesso articolo costituiscono titolo per ottenere in via d'urgenza l'intervento e, se necessario, il ricovero.”

¹³ Legge 194/78, art. 4: “Per l'interruzione volontaria della gravidanza entro i primi novanta giorni, la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito, si rivolge ad un consultorio pubblico /.../ o a una struttura socio-sanitaria a ciò abilitata dalla regione, o a un medico di sua fiducia.”

di rivolgersi a un Consultorio pubblico, o a una struttura socio-sanitaria a ciò abilitata dalla Regione, o a un medico di sua fiducia per fare richiesta di interrompere la gravidanza.

Il Consultorio o la struttura socio-sanitaria oltre a dover garantire i necessari accertamenti medici, hanno il compito in ogni caso, e specialmente quando la richiesta di I.V.G. sia motivata dall'incidenza di condizioni economiche, o sociali, o familiari sulla salute della gestante, di esaminare con la donna e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della sua dignità e riservatezza e della persona indicata come padre del concepito, le possibili soluzioni dei problemi proposti, di aiutarla a rimuovere le cause che la porterebbero all'I.V.G., di metterla in grado di far valere i suoi diritti di lavoratrice e di madre, di promuovere ogni opportuno intervento atto a sostenerla, offrendole tutti gli aiuti necessari sia durante la gravidanza sia dopo il parto.

Nel caso in cui la donna si rivolga invece ad un medico di sua fiducia, questi compie gli accertamenti sanitari necessari, nel rispettandone la dignità e libertà; valuta con la stessa e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della sua dignità e riservatezza e della persona indicata come padre del concepito, anche sulla base dell'esito degli accertamenti di cui sopra, le circostanze che la determinano a chiedere l'I.V.G.; la informa sui diritti a lei spettanti e sugli interventi di carattere sociale cui può fare ricorso, nonché sui consultori e le strutture socio-sanitarie (art. 5¹⁴).

Il colloquio informativo preliminare con il medico del consultorio, della struttura o quello di fiducia, è un atto obbligatorio (art. 14¹⁵), la cui ina-

¹⁴ Legge 194/78, art. 5: "Il consultorio e la struttura socio-sanitaria, oltre a dover garantire i necessari accertamenti medici, hanno il compito in ogni caso, e specialmente quando la richiesta di interruzione della gravidanza sia motivata dall'incidenza delle condizioni economiche, o sociali, o familiari sulla salute della gestante, di esaminare con la donna e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della dignità e della riservatezza della donna e della persona indicata come padre del concepito, le possibili soluzioni dei problemi proposti, di aiutarla a rimuovere le cause che la porterebbero alla interruzione della gravidanza, di metterla in grado di far valere i suoi diritti di lavoratrice e di madre, di promuovere ogni opportuno intervento atto a sostenere la donna, offrendole tutti gli aiuti necessari sia durante la gravidanza sia dopo il parto. Quando la donna si rivolge al medico di sua fiducia questi compie gli accertamenti sanitari necessari, nel rispetto della dignità e della libertà della donna; valuta con la donna stessa e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della dignità e della riservatezza della donna e della persona indicata come padre del concepito, anche sulla base dell'esito degli accertamenti di cui sopra, le circostanze che la determinano a chiedere l'interruzione della gravidanza; la informa sui diritti a lei spettanti e sugli interventi di carattere sociale cui può fare ricorso, nonché sui consultori e le strutture socio-sanitarie. /.../"

¹⁵ Legge 194/78, art. 14: "Il medico che esegue l'interruzione della gravidanza è tenuto a fornire alla donna le informazioni e le indicazioni sulla regolazione delle nascite, nonché a

dempienza da parte del sanitario può configurare il reato di omissione di atti di ufficio (ex art. 328 c.p.¹⁶).

Qualora il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria o il medico di fiducia, riscontrasse l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'intervento, rilascia alla donna un *certificato* attestante l'urgenza, con il quale può presentarsi ad una delle strutture autorizzate a praticare immediatamente l'interruzione della gravidanza.

In assenza di urgenza, al termine dell'incontro, il medico rilascia copia di un *documento*¹⁷, controfirmato dalla donna stessa, attestante lo stato di gravidanza e l'avvenuta richiesta, e la invita a soprassedere per sette giorni, al fine di vagliare attentamente se persistere o meno nell'intento di attuare l'interruzione anche e specialmente in seguito alle informazioni ottenute durante il colloquio. Trascorsi i sette giorni, se permane la decisione di voler interrompere la gestazione, la donna può presentarsi per ottenere l'interruzione della gravidanza sulla base del documento rilasciato (art.5)¹⁸.

renderla partecipe dei procedimenti abortivi, che devono comunque essere attuati in modo da rispettare la dignità personale della donna. In presenza di processi patologici, fra cui quelli relativi ad anomalie o malformazioni del nascituro, il medico che esegue l'interruzione della gravidanza deve fornire alla donna i ragguagli necessari per la prevenzione di tali processi." L'aggiornamento continuo del personale sanitario è garantito dall'art. 15: "Le Regioni, d'intesa con le università e con gli enti ospedalieri, promuovono l'aggiornamento del personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sui problemi della procreazione cosciente e responsabile, sui metodi anticoncezionali, sul decorso della gravidanza, sul parto e sull'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza. Le regioni promuovono inoltre corsi ed incontri ai quali possono partecipare sia il personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sia le persone interessate ad approfondire le questioni relative all'educazione sessuale, al decorso della gravidanza, al parto, ai metodi anticoncezionali e alle tecniche per l'interruzione della gravidanza. /.../."

¹⁶ art. 328 c.p. (*Rifiuto di atti d'ufficio. Omissione*): "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. /.../ Procedibilità d'ufficio."

¹⁷ N.B. Sul *documento* risulta: l'identità e età della donna; l'esistenza di gravidanza e l'epoca della stessa < ai 90 giorni; la richiesta e i motivi; l'avvenuta informazione sui diritti a lei spettanti e sugli interventi di carattere sociale cui può fare ricorso (si deve attestare l'avvenuta attività dissuasiva), sui consultori nonché sulle strutture socio-sanitarie o gli ospedali dove, dopo il termine di sette giorni, la donna potrà rivolgersi; la data del rilascio, così da attestare che la donna ha chiesto l'interruzione all'epoca indicata.

¹⁸ Legge 194/78, art. 5: "/.../ Quando il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, riscontra l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'intervento, rilascia immediatamente alla donna un *certificato* attestante l'urgenza. Con tale certificato la donna stessa può presentarsi ad una delle sedi autorizzate a praticare la interruzione della gravidanza. Se non viene riscontrato il caso di urgenza, al termine dell'incontro il

3.2.2. I.V.G. dopo i primi 90 giorni

In base all'articolo 6¹⁹ della legge 194/78, l'I.V.G. può essere praticata:

1) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna²⁰;

2) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determina un grave pericolo per la salute fisica e psichica della donna.

I processi patologici che configurano i casi previsti (art. 7²¹) devono essere accertati da un medico del servizio ostetrico-ginecologico dell'Ente ospedaliero in cui deve praticarsi l'intervento, che ne certifica l'esistenza. Il medico può avvalersi della collaborazione di specialisti; è tenuto a fornire la documentazione sul caso e a comunicare la sua certificazione al direttore sanitario dell'ospedale per l'intervento da praticarsi immediatamente.

Qualora l'interruzione della gravidanza si renda necessaria per *imminente pericolo* della vita della donna, l'intervento può essere praticato anche senza lo svolgimento delle procedure previste in precedenza.

medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, di fronte alla richiesta della donna di interrompere la gravidanza sulla base delle circostanze di cui all'art. 4, le rilascia copia di un *documento*, firmato anche dalla donna, attestante lo stato di gravidanza e l'avvenuta richiesta, e la invita a soprassedere per sette giorni. Trascorsi i sette giorni, la donna può presentarsi, per ottenere l'interruzione della gravidanza, sulla base del documento rilasciato ai sensi del presente comma, presso una delle sedi autorizzate.”

¹⁹ Legge 194/78, art. 6: “L'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, può essere praticata: a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna; b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.”

²⁰ Es. ipertensione arteriosa grave; diabete, obesità, cardiopatia cianogena, anemia, abuso di alcool o stupefacenti, gestosi, ecc. cancro dell'utero, della mammella, ulcera gastro-duodenale, carcinoma gastrico, ecc.

²¹ Legge 194/78, art. 7: “I processi patologici che configurino i casi previsti dall'articolo precedente vengono accertati da un medico del servizio ostetrico-ginecologico dell'ente ospedaliero in cui deve praticarsi l'intervento, che ne certifica l'esistenza. Il medico può avvalersi della collaborazione di specialisti. Il medico è tenuto a fornire la documentazione sul caso e a comunicare la sua certificazione al direttore sanitario dell'ospedale per l'intervento da praticarsi immediatamente. Qualora l'interruzione della gravidanza si renda necessaria per imminente pericolo per la vita della donna, l'intervento può essere praticato anche senza lo svolgimento delle procedure previste dal comma precedente e al di fuori delle sedi di cui all'art. 8. In questi casi, il medico è tenuto a darne comunicazione al medico provinciale. Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo nel caso di cui alla lettera a) dell'art. 6 e il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto.”

3.2.3. Requisiti per la richiesta di I.V.G.

La richiesta di interruzione della gravidanza deve essere fatta *personalmente* dalla donna (art. 12²²).

Se la donna è di età *inferiore ai 18 anni*, per l'interruzione della gravidanza è richiesto l'*assenso* di chi esercita sulla donna la potestà o la tutela. Tuttavia, nei *primi 90 giorni*, quando vi siano seri motivi che impediscano o sconsiglino la consultazione delle suddette persone oppure se queste, interpellate, rifiutino il loro assenso o esprimano pareri fra loro difformi, il Consultorio, o la struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, espleta i compiti e le procedure citate e emette, entro sette giorni dalla richiesta, una relazione, corredata del proprio parere, al *giudice tutelare* del luogo in cui esso opera, che, a sua volta, sentita la donna e tenuto conto della sua volontà, delle ragioni che adduce e della relazione trasmessagli, entro cinque giorni, emette un atto non soggetto a reclamo che può autorizzare la donna minorenni a praticare l'interruzione della gravidanza.

Qualora il medico accerti l'urgenza dell'intervento interruttivo, esistendo un grave pericolo per la salute della minore di 18 anni, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la patria potestà o la tutela e senza dover adire il giudice tutelare, compila un certificato per l'immediato intervento.

Ai fini dell'interruzione della gravidanza *dopo i primi 90 giorni*, si applicano anche alla *minore* di 18 anni le stesse procedure, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela (art. 12).

Se la donna è stata *interdetta* per infermità di mente, la richiesta può essere presentata, oltre che da lei personalmente, anche dal tutore o dal marito

²² Legge 194/78, art. 12: "La richiesta di interruzione della gravidanza /.../ è fatta personalmente dalla donna. Se la donna è di età inferiore ai 18 anni, per l'interruzione della gravidanza è richiesto lo assenso di chi esercita sulla donna stessa la potestà o la tutela. Tuttavia, nei primi 90 giorni, quando vi siano seri motivi che impediscano o sconsiglino la consultazione delle persone esercenti la potestà o la tutela, oppure queste, interpellate, rifiutino il loro assenso o esprimano pareri tra loro difformi, il consultorio o la struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, espleta i compiti e le procedure di cui all'art. 5 e rimette entro 7 giorni dalla richiesta una relazione, corredata del proprio parere, al giudice tutelare del luogo in cui esso opera. Il giudice tutelare, entro 5 giorni, sentita la donna e tenuto conto della sua volontà, delle ragioni che adduce e della relazione trasmessagli, può autorizzare la donna, con atto non soggetto a reclamo, a decidere la interruzione della gravidanza. Qualora il medico accerti l'urgenza dell'intervento a causa di un grave pericolo per la salute della minore di 18 anni, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela e senza adire il giudice tutelare, certifica l'esistenza delle condizioni che giustificano l'interruzione della gravidanza. Tale certificazione costituisce titolo per ottenere in via d'urgenza l'intervento e, se necessario, il ricovero. Ai fini dell'interruzione della gravidanza dopo i primi 90 giorni, si applicano anche alla minore di 18 anni le procedure di cui all'art. 7, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela."

non tutore, che non sia legalmente separato. Nel caso di richiesta presentata dall'interdetta o dal marito, deve essere sentito il parere del tutore. La richiesta presentata dal tutore o dal marito deve comunque essere confermata dalla donna.

In tali circostanze, entro sette giorni dalla presentazione della richiesta, il medico trasmette una relazione contenente ragguagli sulla domanda e sulla sua provenienza, sull'atteggiamento comunque assunto dalla donna, sulla gravità e specie della sua infermità mentale, nonché il parere del tutore, se espresso, al giudice tutelare. Il giudice tutelare, sentiti gli interessati, se lo ritiene opportuno, decide entro cinque giorni dal ricevimento della relazione, con atto non soggetto a reclamo (art. 13²³).

3.2.4. Obiezione di coscienza

Particolare interesse, per tutto il personale esercente le professioni sanitarie, assume l'articolo 9²⁴ che prevede la possibilità dell'obiezione di co-

²³ Legge 194/78, art. 13: "Se la donna è interdetta per infermità di mente, la richiesta di cui agli artt. 4 e 6 può essere presentata, oltre che da lei personalmente, anche dal tutore o dal marito non tutore, che non sia legalmente separato. Nel caso di richiesta presentata dall'interdetta o dal marito, deve essere sentito il parere del tutore. La richiesta presentata dal tutore o dal marito deve essere confermata dalla donna. Il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, trasmette al giudice tutelare, entro il termine di 7 giorni dalla presentazione della richiesta, una relazione contenente ragguagli sulla domanda e sulla sua provenienza, sull'atteggiamento comunque assunto dalla donna e sulla gravidanza e specie dell'infermità mentale di essa nonché il parere del tutore, se espresso. Il giudice tutelare, sentiti se lo ritiene opportuno gli interessati, decide entro 5 giorni dal ricevimento della relazione, con atto non soggetto a reclamo. Il provvedimento del giudice tutelare ha gli effetti di cui all'ultimo comma dell'art. 8."

²⁴ Legge 194/78, art. 9: "Il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure di cui agli artt. 5 e 7 ed agli interventi per l'interruzione della gravidanza quando sollevi obiezione di coscienza, con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata al medico provinciale e, nel caso di personale dipendente dall'ospedale o dalla casa di cura, anche al direttore sanitario, entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge o dal conseguimento della abilitazione o dall'assunzione presso un ente tenuto a fornire prestazioni dirette alla interruzione della gravidanza o dalla stipulazione di una convenzione con enti previdenziali che comporti l'esecuzione di tali prestazioni. L'obiezione può sempre essere revocata o venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al precedente comma, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione al medico provinciale. L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento. Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare lo espletamento delle procedure previste dall'art. 7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della

scienza alla pratica di interruzione volontaria della gravidanza e, di conseguenza, a prestarsi per le necessarie prassi operative, per motivi di personale convincimento etico o religioso.

Al professionista è, infatti, data la possibilità di non prendere parte a tali interventi, sempre che ne abbia fatto preventiva dichiarazione “*al medico provinciale e, nel caso di personale dipendente dell'ospedale o della casa di cura, anche al direttore sanitario*”, entro un mese dal conseguimento dell'abilitazione o dell'assunzione presso un ente tenuto a fornire prestazioni dirette all'interruzione della gravidanza. L'obiezione, oltre a poter essere sempre revocata, può comunque essere presentata in qualsiasi momento, avendo però effetti unicamente a distanza di un mese dalla richiesta.

L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, ma non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento stesso. Inoltre, l'obiezione di coscienza non può essere invocata quando, data la particolarità delle circostanze, il personale intervento professionale è indispensabile per salvare la salute della donna in imminente pericolo.

Infine, l'obiezione di coscienza si intende immediatamente revocata, se chi l'ha sollevata prende parte a procedure o a interventi per l'interruzione della gravidanza previsti dalla legge.

3.2.5. I.V.G. e segreto professionale e segreto di ufficio

Infine l'articolo 21²⁵ stabilisce che tutto il personale sanitario e amministrativo ("chiunque essendone venuto a conoscenza per ragioni di professione o di ufficio") è obbligato al segreto d'ufficio (art. 326 c.p.) e al segreto professionale (art. 622 c.p., vedi capitolo al riguardo) in relazione all'identità di chi che ha fatto ricorso alle procedure o agli interventi previsti

gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli artt. 5, 7 e 8. La regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale. L'obiezione di coscienza non può essere invocata dal personale sanitario, ed esercente le attività ausiliarie quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo. L'obiezione di coscienza si intende revocata, con effetto, immediato, se chi l'ha sollevata prende parte a procedure o a interventi per l'interruzione della gravidanza previsti dalla presente legge, al di fuori dei casi di cui al comma precedente.”

²⁵ Legge 194/78, art. 21: “Chiunque, fuori dei casi previsti dall'art. 326 c.p., essendone venuto a conoscenza per ragioni di professione o di ufficio, rivela l'identità - o comunque divulga notizie idonee a rivelarla - di chi ha fatto ricorso alle procedure o agli interventi previsti dalla presente legge, è punito a norma dell'art. 622 c.p.”

dalla legge per l'interruzione volontaria della gravidanza, vietando non solo di rivelarne direttamente l'identità, ma anche la semplice divulgazione di notizie idonee a rivelarla. Vigé infatti il diritto all'anonimato in tutti i casi, sia che la richiesta di interruzione sia presentata entro che oltre i 90 giorni, anonimato che vale anche per la segnalazione da presentarsi, per finalità preventive e statistico-sanitarie, alla ASL competente per territorio entro i primi 10 giorni del mese successivo a quello in cui l'intervento è stato praticato (art. 11²⁶).

3.2.6. I.V.G. e ipotesi di reato

La legge 194/78 stabilisce inoltre i casi in cui l'interruzione di gravidanza può costituire ipotesi di reato, fattispecie di reato procedibili d'ufficio e che quindi richiedono il referto o la denuncia di reato nel caso in cui il professionista ne venga a conoscenza (vedi capitolo riguardante referto).

Così all'articolo 17²⁷ viene previsto l'aborto colposo e le conseguenti pene, diminuite fino alla metà se, per colpa, viene procurato un parto prematuro, mentre sono aumentate se il fatto è commesso con violazione delle norme poste a tutela del lavoro.

All'articolo 18²⁸ vengono presi in considerazione: - l'aborto doloso, cioè voluto e preveduto come conseguenza della propria azione o omissione da parte di terza persona che agisce senza il consenso della donna (pena previ-

²⁶ Legge 194/78, art. 11: "L'ente ospedaliero, la casa di cura o il poliambulatorio nei quali l'intervento è stato effettuato sono tenuti ad inviare al medico provinciale competente per territorio una dichiarazione con la quale il medico che lo ha eseguito dà notizia dell'intervento stesso e della documentazione sulla base della quale è avvenuto, senza fare menzione dell'identità della donna. /.../"

²⁷ Legge 194/78, art. 17: "Chiunque cagiona ad una donna per colpa l'interruzione della gravidanza è punito con la reclusione da 3 mesi a 2 anni. Chiunque cagiona ad una donna per colpa un parto prematuro è punito con la pena prevista dal com. precedente, diminuita fino alla metà. Nei casi previsti dai commi precedenti, se il fatto è commesso con la violazione delle norme poste a tutela del lavoro la pena è aumentata."

²⁸ Legge 194/78, art. 18: "Chiunque cagiona l'interruzione della gravidanza senza il consenso della donna è punito con la reclusione da 4 a 8 anni. Si considera come non prestato il consenso estorto con violenza o minaccia ovvero carpite con l'inganno. La stessa pena si applica a chiunque provochi l'interruzione della gravidanza con azioni dirette a provocare lesioni alla donna. Detta pena è diminuita fino alla metà se da tali lesioni deriva l'acceleramento del parto. Se dai fatti previsti dal primo e dal secondo comma deriva la morte della donna si applica la reclusione da 8 a 16 anni; se ne deriva una lesione personale gravissima si applica la reclusione da 6 a 12 anni; se la lesione personale è grave questa ultima pena è diminuita. Le pene stabilite dai commi precedenti sono aumentate se la donna è minore degli anni diciotto."

sta, reclusione da 4 a 8 anni); - l'aborto preterintenzionale, verificatosi cioè in conseguenza di azioni dirette a provocare lesioni personali alla donna.

L'articolo 19²⁹, infine, prevede e punisce l'omissione delle modalità stabilite dalla legge per l'aborto volontario; viene considerata illegale un'interruzione volontaria di gravidanza allorché il personale sanitario e la donna interessata non ottemperino alle formalità e i limiti temporali previste dalla legge, specie in relazione alle gravidanze oltre il 90° giorno.

Le pene previste dagli articoli 18 e 19 della legge per chi procura dolosamente, preterintenzionalmente o, comunque, illecitamente l'interruzione della gravidanza, sono aumentate quando il reato è commesso da persona che, esercente una professione sanitaria, ha sollevato obiezione di coscienza.

Le pene previste sono aumentate: - quando l'interruzione della gravidanza è praticata su donna minore degli anni diciotto o interdetta o senza osservanza delle modalità previste per tali casi; - se dai fatti sopraddetti deriva la morte della donna o lesioni gravi o gravissime o se queste siano procurate a donna minore o interdetta; - se il reato è commesso da persona che ha sollevato obiezione di coscienza (art. 20³⁰).

Sono inoltre previste specifiche fattispecie: - il reato di procurato aborto colposo, punito con la reclusione da sei mesi a due anni, pena diminuita fino alla metà se dall'atto deriva un parto prematuro e aumentata se il fatto è commesso violando le norme poste a tutela del lavoro; - il reato di procurato aborto su donna non consenziente, punito con la reclusione da quattro a otto anni, o da otto a sedici anni, se dal fatto deriva la morte della donna o da sei a dodici anni per lesioni gravissime, diminuita per lesioni gravi, pene aumentate se la donna è minore degli anni 18; - violazione di segreto professionale, punita a norma dell'articolo 622 c.p., commesso da chiunque,

²⁹ Legge 194/78, art. 19: "Chiunque cagiona l'interruzione volontaria della gravidanza senza l'osservanza delle modalità indicate negli artt. 5 o 8, è punito con la reclusione sino a 3 anni. La donna è punita con la multa fino a lire centomila. Se l'interruzione volontaria della gravidanza avviene senza l'accertamento medico dei casi previsti dalle lettere a) e b) dell'art. 6 o comunque senza l'osservanza delle modalità previste dall'art. 7, chi la cagiona è punito con la reclusione da 1 a 4 anni. La donna è punita con la reclusione sino a 6 mesi. Quando l'interruzione volontaria della gravidanza avviene su donna minore degli anni 18, o interdetta, fuori dei casi o senza l'osservanza delle modalità previste dagli artt. 12 e 13, chi la cagiona è punito con le pene rispettivamente previste dai commi precedenti aumentate fino alla metà. La donna non è punibile. Se dai fatti previsti dai com. precedenti deriva la morte della donna, si applica la reclusione da 3 a 7 anni; se ne deriva una lesione personale gravissima si applica la reclusione da 2 a 5 anni; se la lesione personale è grave questa ultima pena è diminuita. Le pene stabilite dal comma precedente sono aumentate se la morte o la lesione della donna derivano dai fatti previsti dal quinto com."

³⁰ Legge 194/78, art. 20: "Le pene previste dagli artt. 18 e 19 per chi procura l'interruzione della gravidanza sono aumentate quando il reato è commesso da chi ha sollevato obiezione di coscienza ai sensi dell'art. 9."

essendo venuto a conoscenza per ragioni di professione o di ufficio, rivela l'identità o comunque divulga notizie idonee e rivelarla, di chi ha fatto ricorso alle procedure o agli interventi previsti dalla legge stessa.

Oltre ad essere disciplinata dalla legge di cui sopra, l'interruzione volontaria di gravidanza trova precise disposizioni anche all'interno dei codici di deontologia approntati dalle professioni sanitarie che possono essere direttamente coinvolte in tale intervento³¹.

4. La legge 19 febbraio 2004, n°40, "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita"

Al medico del Consultorio spetta fornire sia al singolo sia alla coppia ogni informazione in "tema di sessualità, riproduzione e contraccezione", obbligo espressamente previsto dal codice deontologico dei medici³². Così in tema di eventuali problematiche connesse alla riproduzione egli dovrà informare circa le tecniche di *inseminazione* (trasferimento di gameti maschili nelle vie genitali femminili con fecondazione, ossia l'incontro tra spermatozoi e ovocita, all'interno dell'apparato genitale femminile³³), le tecniche di *fecondazione* (formazione dello zigote o dell'embrione in vitro e successivo trasferimento nell'apparato genitale femminile³⁴) e le tecniche

³¹ *I.V.G.*: CdMC art. 43 - CdInf art.8 - CdOst art. 3.4

³² *Informazione in materia di sessualità, riproduzione e contraccezione*: CdMC art. 42 - CdOst art. 3.2

³³ Def. *L'inseminazione artificiale omologa* (AIH): procedimento terapeutico mediante il quale il seme dell'uomo, fornito dal marito viene depositato nella vagina o nel canale cervicale o nell'utero della donna, al fine di facilitare la fecondazione. Viene applicata in caso di impotenza maschile o di fattori femminili legati ad anomalie anatomiche delle vie genitali, alterazioni del muco cervicale, azioni immunitarie antispermatozoi e altre disfunzioni sessuali. Frequentemente sono necessari diversi cicli di trattamento per avere il risultato. La sua efficacia dipende, ad esempio, dalla capacità fecondante del seme (seme fresco = nulla); per potere penetrare l'ovocita lo spermatozoo deve subire alcune trasformazioni (la c.d. capacitazione) che solitamente avviene durante il percorso nell'utero o nelle tube. Questa trasformazione è però anche ottenibile in vitro, asportando dal liquido seminale una glicoproteina ad alto peso molecolare. - *L'inseminazione artificiale eterologa* (AID), differisce dalla precedente in quanto il seme è fornito da un donatore estraneo; l'unica reale indicazione per tale metodica è legata ovviamente alla sterilità maschile, ma anche oggi estesa a condizioni quali l'oligospermia, la potenziale trasmissione di alcune malattie genetiche, l'incompatibilità da fattore Rh ed altre indicazioni minori tra cui il desiderio della donna nubile di avere un figlio".

³⁴ Def. *La fecondazione "in vivo"* previo trasferimento intratubarico dei gameti (GIFT: *gamete intra-fallopian transfer*). È uno dei metodi più naturali di fecondazione assistita: i singoli gameti prelevati dall'uomo e dalla donna vengono contemporaneamente introdotti nella tuba, ove avviene la fecondazione. Il trasferimento presuppone un'adeguata prepara-

di *micro-manipolazione* (tecniche di fecondazione altamente tecnologizzate in cui si attua una microiniezione di spermatozoi, eiaculati o epididimali o ottenuti con biopsia testicolare, all'interno dell'ovocita con successivo trasferimento dell'embrione nell'utero o nella tuba).

Di grande importanza, sempre nell'ambito dell'informazione spettante al personale dei Consultori³⁵, ma non unicamente a questo, è la questione della *fecondazione medicalmente assistita*, disciplinata dalla legge 19 febbraio 2004, n. 40, argomento su cui anche il codice deontologico del medico si sofferma ampiamente³⁶.

Così ad una coppia che vaglia la possibilità di fare ricorso a tale tecnica, il medico è tenuto a fornire ogni informazione al riguardo, soffermandosi sui problemi bioetici, eventuali effetti collaterali sia sanitari sia psicologici, le probabilità di successo, i rischi, le tecniche applicabili, le conseguenze giuridiche, nonché sui costi economici della procedura qualora si tratti di strutture private autorizzate. Affinché la coppia possa consapevolmente decidere le va inoltre prospettata l'alternativa del ricorso all'adozione o all'affidamento di un minore³⁷.

zione dei gameti prelevati che vengono immessi nel segmento ampollare della salpinge con tecniche varie, preferibilmente mediante prelievo ecoguidato dell'uovo per via transvaginale e successivo trasporto tubarico, varietà di procreazione assistita consistente nel impiantare dei gameti in una tromba di Falloppio permeabile e sana. - La *fecondazione in vitro* con trasferimento dell'embrione (FIVETE): procedimento terapeutico finalizzato ad ottenere artificialmente in vitro la fecondazione dell'ovocita materno, prelevato direttamente dall'ovaio, con lo sperma del partner maschile e trasferimento dell'ovocita fecondato direttamente nella cavità uterina onde ottenere l'impianto dell'embrione. Si parla di fecondazione "extra-corporea". L'indicazione principale è la sterilità tubarica quando la terapia chirurgica ha fallito nel rimuovere l'occlusione della salpinge. Viene anche usata in caso di sterilità maschile dipendente da scarso numero di spermatozoi o per loro scarsa vitalità. Dopo una induzione farmacologica della crescita follicolare multipla, si attua l'aspirazione dai follicoli degli ovociti con un ago; gli ovociti ottenuti vengono mescolati in provetta con un campione di liquido seminale, si attende la fecondazione, si controllano e si seguono le fasi iniziali della segmentazione dello zigote e poi si procede al trasferimento.

³⁵ Legge 40/04, art. 3 (*Modifica alla legge 29 luglio 1975, n°405*): "Al primo comma dell'art. 1 della legge 29 luglio 1975, n°405, sono aggiunte, in fine, le seguenti lettere: "d-bis) l'informazione e l'assistenza riguardo ai problemi della sterilità e della infertilità umana, nonché alle tecniche di procreazione medicalmente assistita; d-ter) l'informazione sulle procedure per l'adozione e l'affidamento familiare".

³⁶ *Fecondazione assistita*: CdMC art. 44.

³⁷ Legge 40/04, art. 6 (*Consenso informato*): "1. /.../ prima del ricorso ed in ogni fase di applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita il medico informa in maniera dettagliata i soggetti di cui all'art. 5 sui metodi, sui problemi bioetici e sui possibili effetti collaterali sanitari e psicologici conseguenti all'applicazione delle tecniche stesse, sulle probabilità di successo e sui rischi dalle stesse derivanti, nonché sulle relative conseguenze giuridiche per la donna, per l'uomo e per il nascituro. Alla coppia deve essere pro-

La pratica della procreazione medicalmente assistita, attuabile unicamente presso strutture sanitarie pubbliche e private autorizzate dalle Regioni e iscritte in un apposito registro, dotati di idonei requisiti tecnico-scientifici, strutturali-organizzativi e professionali (art. 10), è, in base all'articolo 1³⁸, consentita unicamente qualora non vi siano altri metodi terapeutici efficaci per rimuovere le cause di sterilità (impossibilità della donna o dell'uomo di procreare a causa di una anomalia funzionale o di una lesione organica dell'apparato genitale) o infertilità (impossibilità di riprodursi; secondo OMS: situazione in cui una coppia non riesce a procreare dopo 12-24 mesi di rapporti volutamente fecondi), condizioni queste che devono essere accertate e certificate dal medico³⁹.

In base all'articolo 5 della legge, "*possono accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita coppie maggiorenni di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile, entrambi viventi*", che, come previsto dall'articolo 6⁴⁰, devono esprimere per iscritto la loro congiunta volontà di fare ricorso a tale procedimento, consenso revocabile comunque da ciascuno dei soggetti fino al momento dell'applicazione della tecnica stessa, da attuarsi comunque solo dopo che siano trascorsi almeno sette giorni dalla richiesta, periodo in cui i richiedenti possono attentamente vagliare le informazioni ricevute.

spettata la possibilità di ricorrere a procedure di adozione o di affidamento ai sensi della legge 4 maggio 1983, n°184, e successive modificazioni, come alternativa alla procreazione medicalmente assistita. Le informazioni di cui al presente com. e quelle concernenti il grado di invasività delle tecniche nei confronti della donna e dell'uomo devono essere fornite per ciascuna delle tecniche applicate e in modo tale da garantire il formarsi di una volontà consapevole e consapevolmente espressa. - 2. Alla coppia devono essere prospettati con chiarezza i costi economici dell'intera procedura qualora si tratti di strutture private autorizzate. /.../”

³⁸ Legge 40/04, art. 1 (*Finalità*): “Al fine di favorire la soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dalla infertilità umana è consentito il ricorso alla procreazione medicalmente assistita, alle condizioni e secondo le modalità previste dalla presente legge, che assicura i diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito. Il ricorso alla procreazione medicalmente assistita è consentito qualora non vi siano altri metodi terapeutici efficaci per rimuovere le cause di sterilità o infertilità”.

³⁹ Legge 40/04, art. 4 (*Accesso alle tecniche*): “1. Il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è consentita solo quando sia accertata l'impossibilità di rimuovere altrimenti le cause impeditive della procreazione ed è comunque circoscritto ai casi di sterilità o di infertilità inspiegate documentate da atto medico nonché ai casi di sterilità o di infertilità da causa accertata e certificata da atto medico. /.../”.

⁴⁰ Legge 40/04, art. 6 (*Consenso informato*): “/.../ 3. La volontà di entrambi i soggetti di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è espressa per iscritto congiuntamente al medico responsabile della struttura. /.../ Tra la manifestazione della volontà e l'applicazione della tecnica deve intercorrere un termine non inferiore a sette giorni. La volontà può essere revocata da ciascuno dei soggetti /.../ fino al momento della fecondazione dell'ovulo. /.../”.

Definiti i requisiti dei richiedenti, la legge 40/04, all'articolo 12⁴¹, conseguentemente vieta l'applicazione delle tecniche di procreazione assistita al di fuori di coppie eterosessuali coniugate o stabilmente conviventi, implicitamente in donne in menopausa non precoce (in accordo con l'articolo 5, dovendo essere la coppia in età "potenzialmente fertile"), dopo la morte del partner, o quando un componente della coppia sia minorenne, vietando inoltre il ricorso a forme di maternità surrogata⁴². La legge non si sofferma sulle diverse tecniche applicabili, vietando comunque l'uso delle "tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo"⁴³, procedura questa peraltro non esente da risvolti di tipo giuridico. Secondo il codice civile, infatti, vale la "presunzione di paternità", in quanto si presuppone che il marito, o il convivente, sia il padre del nato (art. 231 c.c.⁴⁴). Così questi, qualora la donna fosse ricorsa alla fecondazione eterologa, potrebbe, in un secondo momento, ricorrere ad un'azione di disconoscimento, procedimento questo reso impossibile in base all'articolo 9⁴⁵ della legge, a patto che

⁴¹ Legge 40/04, art. 12 (*Divieti generali e sanzioni*): ".../ 2. Chiunque a qualsiasi titolo, in violazione dell'art. 5, applica tecniche di procreazione medicalmente assistita a coppie i cui componenti non siano entrambi viventi o uno dei cui componenti sia minorenne ovvero che siano composte da soggetti dello stesso sesso o non coniugati o non conviventi è punito .../ 6. Chiunque, in qualsiasi forma, realizza, organizza o pubblicizza .../ la surrogazione di maternità è punito .../".

⁴² Def. *Maternità surrogata*: gravidanza portata a termine da una donna volontaria, sottopostasi ad inseminazione artificiale col seme del marito della moglie sterile. Ospita nel proprio utero il feto per tutta la durata della gestazione e consegna alla coppia il neonato a parto avvenuto. – N.B. Il divieto al ricorso alla maternità surrogata trova peraltro precisa giustificazione in quanto la donna surrogata potrebbe, al momento della nascita, fare valere il suo diritto di tenersi il bambino, in quanto, ex art. 269 c.c., la madre del nato è colei che lo ha partorito e per legge le appartiene. - La maternità surrogata non va confusa con la "*maternità portante*", in cui una donna volontaria mette a disposizione il proprio utero, nel quale vengono trasferiti i gameti, ottenuti in vitro, appartenenti alla coppia, portando così avanti la gravidanza fino al parto. La tecnica trova applicazione in donne prive di utero (agenesia congenita, isterectomia), o in malattie che sconsigliano una gravidanza.

⁴³ Legge 40/04, art. 4 (*Accesso alle tecniche*): ".../ 3. È vietato il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo."

⁴⁴ art. 231 c.c. (*Paternità del marito*): "Il marito è padre del figlio concepito durante il matrimonio".

⁴⁵ Legge 40/04, art. 9 (*Divieto del disconoscimento della paternità e dell'anonimato della madre*): "1. Qualora si ricorra a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo in violazione del divieto di cui all'art. 4, com. 3, il coniuge o il convivente il cui consenso è ricavabile da atti concludenti non può esercitare l'azione di disconoscimento della paternità nei casi previsti dall'art. 235, 1° com., numeri 1) e 2), c.c., né l'impugnazione di cui all'art. 263 c.c. - 2. La madre del nato a seguito dell'applicazione di tecniche di procreazione medicalmente assistita non può dichiarare la volontà di non essere nominata .../ - 3. In caso di applicazione di tecniche di tipo eterologo in violazione del divieto di cui all'art. 4,

dagli atti sia ricavabile il suo precedente consenso al trattamento stesso, anche se legalmente vietato. Lo stesso articolo vieta inoltre alla madre che abbia fatto ricorso alla tecnica di procreazione eterologa la possibilità di non essere nominata⁴⁶, oltre a precludere al donatore di gameti ogni diritto o obbligo nei confronti del nato.

Così come previsto nella legge 194/78 (vedi capitolo a riguardo), anche la legge 40/04, all'articolo 16⁴⁷, prevede espressamente la possibilità e le modalità di sollevare obiezione di coscienza per gli operatori sanitari, evitando loro di prendere parte alle procedure per l'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita, obiezione che non solleva però dal dovere di assistenza antecedente e conseguente l'intervento stesso.

La legge prevede sanzioni sia amministrative pecuniarie, sia incidenti sull'esercizio della professione in caso di violazione delle disposizioni in essa contenute⁴⁸.

com. 3, il donatore di gameti non acquisisce alcuna relazione giuridica parentale con il nato e non può far valere nei suoi confronti alcun diritto né essere titolare di obblighi.”

⁴⁶ N.B. Vedi DPR 3 novembre 2000, n°396, “Regolamento per la revisione e la semplificazione dell'ordinamento dello stato civile, a norma dell'art. 2, comma 12, della legge 15 maggio 1997, n°127”, art. 30 (*Dichiarazione di nascita*): “1. La dichiarazione di nascita è resa da uno dei genitori, da un procuratore speciale, ovvero dal medico o dalla ostetrica o da altra persona che ha assistito al parto, rispettando l'eventuale volontà della madre di non essere nominata. /.../”.

⁴⁷ Legge 40/04, art. 16 (*Obiezione di coscienza*): “1. Il personale sanitario ed esercente le attività sanitarie ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure per l'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita /.../, quando sollevi obiezione di coscienza con preventiva dichiarazione, la dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata entro tre mesi dalla data di entrata in vigore delle presente legge al direttore dell'azienda unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera, nel caso di personale dipendente, al direttore sanitario, nel caso di personale dipendente da strutture private autorizzate o accreditate. - 2. L'obiezione può essere sempre revocata o venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al com. 1, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione /.../. - 3. L'obiezione di coscienza esonera /.../ dal compimento delle procedure e delle attività specificatamente e necessariamente dirette a determinare l'intervento di procreazione medicalmente assistita e non dall'assistenza antecedente e conseguente l'intervento.”

⁴⁸ Legge 40/04, art. 12 (*Divieti generali e sanzioni*): “1. Chiunque a qualsiasi titolo utilizza a fini procreativi gameti di soggetti estranei alla coppia richiedente /.../, è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria /.../ - 2. Chiunque a qualsiasi titolo, in violazione dell'art. 5, applica tecniche di procreazione medicalmente assistita a coppie i cui componenti non siano entrambi viventi o uno dei cui componenti sia minorenne ovvero che siano composte da soggetti dello stesso sesso o non coniugati o non conviventi è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria /.../ - 3. Per l'accertamento dei requisiti di cui al com. 2 il medico si avvale di una dichiarazione sottoscritta dai soggetti richiedenti. In caso di dichiarazioni mendaci si applica l'art. 76, com. 1 e 2, del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n°445. - 4. Chiunque applica tecniche di procreazione

Infine la legge, agli articoli 13 e 14, tutela l’embrione, prevedendo in caso di trasgressione pene sia detentive sia pecuniarie, nonché la sospensione dall’esercizio professionale da uno a tre anni. Così l’articolo 13⁴⁹, pone precisi divieti circa la sperimentazione sugli embrioni, , salvo nel caso in cui persegua finalità terapeutiche e diagnostiche volte alla tutela dello sviluppo dell’embrione stesso.

L’articolo 14⁵⁰ pone invece i limiti alle applicazioni delle tecniche sugli embrioni, vietandone, fra altro, sia la crioconservazione, salvo nel caso in

medicalmente assistita senza avere raccolto il consenso secondo le modalità di cui all’art. 6 è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria /.../ - 5. Chiunque a qualsiasi titolo applica tecniche di procreazione medicalmente assistita in strutture diverse da quelle di cui all’art. 10, è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria /.../ - 6. Chiunque, in qualsiasi forma, realizza, organizza o pubblicizza la commercializzazione di gameti o di embrioni o la surrogazione di maternità è punito con la reclusione da 3 mesi a 2 anni e con la multa /.../ - 7. Chiunque realizza un processo volto ad ottenere un essere umano discendente da un’unica cellula di partenza, eventualmente identico, quanto al patrimonio genetico nucleare, ad un altro essere umano in vita o morto, è punito con la reclusione da 10 a 20 anni e con la multa /.../ Il medico è punito, altresì, con l’interdizione perpetua dall’esercizio della professione. - 8. Non sono punibili l’uomo o la donna ai quali sono applicate le tecniche nei casi di cui ai com. 1, 2, 4 e 5. - 9. È disposta la sospensione da uno a tre anni dall’esercizio professionale nei confronti dell’esercente una professione sanitaria condannato per uno degli illeciti di cui al presente articolo, salvo quanto previsto dal com. 7. - 10. L’autorizzazione concessa ai sensi dell’art. 10 alla struttura al cui interno è eseguita una delle pratiche vietate ai sensi del presente art. è sospesa per 1 anno. Nell’ipotesi di più violazioni dei divieti di cui al presente art. o di recidiva l’autorizzazione può essere revocata.”

⁴⁹ Legge 40/04, art. 13 (*Sperimentazione sugli embrioni umani*): “1. È vietata qualsiasi sperimentazione su ciascun embrione umano. - 2. La ricerca clinica e sperimentale su ciascun embrione umano è consentita a condizione che si perseguano finalità esclusivamente terapeutiche e diagnostiche ad essa collegate volte alla tutela della salute e allo sviluppo dell’embrione stesso, e qualora non siano disponibili metodologie alternative. - 3. Sono, comunque, vietati: a) la produzione di embrioni umani a fini di ricerca o di sperimentazione o comunque a fini diversi da quello previsto dalla presente legge; b) ogni forma di selezione a scopo eugenetico degli embrioni e dei gameti ovvero interventi che, attraverso tecniche di selezione, di manipolazione o comunque tramite procedimenti artificiali, siano diretti ad alterare il patrimonio genetico dell’embrione o del gamete ovvero a predeterminarne caratteristiche genetiche, ad eccezione degli interventi aventi finalità diagnostiche e terapeutiche, di cui al com. 2 del presente articolo; c) interventi di clonazione mediante trasferimento di nucleo o di scissione precoce dell’embrione o di ectogenesi sia a fini procreativi sia di ricerca; d) la fecondazione di un gamete umano con un gamete di specie diversa e la produzione di ibridi o di chimere. - 4. La violazione dei divieti di cui al com. 1 è punita con la reclusione da 2 a 6 anni e con la multa /.../. In caso di violazione di uno dei divieti di cui al com. 3 la pena è aumentata. Le circostanze attenuanti concorrenti con le circostanze aggravanti previste dal com. 3 non possono essere ritenute equivalenti o prevalenti rispetto a queste. - 5. È disposta la sospensione da 1 a 3 anni dall’esercizio professionale nei confronti dell’esercente una professione sanitaria condannato per uno degli illeciti di cui al presente articolo.”

⁵⁰ Legge 40/04, art. 14 (*Limiti all’applicazione delle tecniche sugli embrioni*): “1. È vietata la crioconservazione e la soppressione di embrioni, fermo restando quanto previsto dalla

cui il trasferimento nell'utero degli embrioni non risulti possibile per grave e documentata causa di forza maggiore relativa allo stato di salute della donna non prevedibile al momento della fecondazione è consentita la crioconservazione degli embrioni stessi fino alla data del trasferimento, da realizzare non appena possibile, sia la soppressione. Le tecniche di produzione degli embrioni non devono creare un numero di embrioni superiore a 3.

5. La tutela delle lavoratrici madri

Come più sopra accennato, all'interno dei Consultori la donna può ottenere anche le informazioni riguardanti i suoi diritti in quanto gestante lavoratrice, diritti questi costituzionalmente garantiti⁵¹.

La legge 30 dicembre 1971, n°1204 e successive modifiche e integrazioni è stata istituita allo scopo di tutelare tutte le lavoratrici madri dal punto di vista fisico ed economico, garantendo una loro protezione durante la gravidanza, il parto e il post-partum e l'allattamento, nonché l'erogazione di adeguate prestazioni economiche durante il connesso periodo di astensione dal lavoro.

Per effetto della legge 9 dicembre 1977, n°903, riguardante la parità uomo-donna e, soprattutto, di alcune importanti pronunce della Corte costituzionale, tale tutela comprende anche il riconoscimento del diritto del lavoratore padre di fruire di talune provvidenze.

legge /.../ n°194. - 2. Le tecniche di produzione degli embrioni, /.../ non devono creare un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario ad un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a 3. - 3. Qualora il trasferimento nell'utero degli embrioni non risulti possibile per grave e documentata causa di forza maggiore relativa allo stato di salute della donna non prevedibile al momento della fecondazione è consentita la crioconservazione degli embrioni stessi fino alla data del trasferimento, da realizzare non appena possibile. - 4. Ai fini della presente legge /.../ è vietata la riduzione embrionaria di gravidanze plurime, salvo nei casi previsti dalla legge/.../ n°194. - 5. I soggetti di cui all'art. 5 sono informati sul numero e, su loro richiesta, sullo stato di salute degli embrioni prodotti e da trasferire nell'utero. - 6. La violazione di uno dei divieti e degli obblighi di cui ai commi precedenti, è punita con la reclusione fino a 3 anni e con la multa /.../ - 7. È disposta la sospensione fino ad 1 anno dall'esercizio professionale nei confronti dell'esercente una professione sanitaria condannato per uno dei reati di cui al presente articolo. - 8. È consentita la crioconservazione dei gameti maschile e femminile, previo consenso informato e scritto. - 9. La violazione delle disposizioni di cui al com. 8 è punita con la sanzione amministrativa pecuniaria /.../.

⁵¹ art. 37 Cost.: "La donna lavoratrice ha gli stessi diritti e, a parità di lavoro, le stesse retribuzioni che spettano al lavoratore. Le condizioni di lavoro devono consentire l'adempimento della sua essenziale funzione familiare e assicurare alla madre e al bambino una speciale adeguata protezione. /.../."

La lavoratrice madre ha così diritto: - al congedo per maternità, che generalmente comprende i due mesi precedenti e i tre mesi susseguenti il parto (in alternativa, sempre che le condizioni di salute lo permettano, può usufruire di un congedo obbligatorio di un mese prima e quattro mesi dopo il parto); - al riparo dal licenziamento durante la gestazione, il parto e il puerperio (questa norma vige dall'inizio del periodo di gestazione fino al compimento di un anno di età del bambino); - alla protezione dalle condizioni di lavoro faticose, pericolose e insalubri (durante la gestazione e fino a sette mesi dopo il parto⁵²).

La madre che riprende il lavoro entro un anno dal parto, ha inoltre la facoltà di richiedere la riduzione di due ore (per allattamento) dell'orario giornaliero, senza perdita di salario o stipendio. Il padre può beneficiare, in alternativa, in tutto o in parte del congedo facoltativo. Durante il primo anno di vita del bambino, la madre può inoltre assentarsi dal lavoro per ulteriori sei mesi. In pratica la durata complessiva del congedo facoltativo (sei mesi) e di quello obbligatorio (cinque mesi) può coprire gran parte del primo anno di vita del bambino, periodo durante il quale la donna ha il diritto alla conservazione del posto di lavoro.

Durante i cinque mesi di congedo obbligatorio la donna percepisce un'indennità pari all'80% della retribuzione (erogata dall'INPS, vedi capitolo a riguardo).

Nel caso in cui si verifichi l'interruzione della gravidanza prima del 180° giorno (si parla di aborto), la donna non ha diritto ad alcuna prestazione di maternità, fermo restando che l'eventuale assenza dettata dalle condizioni di salute venga considerata periodo di malattia.

Se l'interruzione della gravidanza avviene invece dopo il 180° giorno, la lavoratrice ha diritto ai tre mesi di astensione obbligatoria dal lavoro, situazione che viene equiparata ad un parto "normale" (si parla di parto prematuro) con il conseguente diritto di percepire la relativa indennità di maternità.

In base alla legge del 9 dicembre 1977, n°903, anche le donne che hanno adottato o che hanno avuto in affidamento un minore di età inferiore ai sei anni, hanno diritto all'astensione dal lavoro per i primi tre mesi seguenti l'adozione o affidamento stesso, diritto che può anche essere esteso al padre.

La legge 104/92 riguardante la tutela dell'handicap prevede poi particolari agevolazioni a favore dei genitori lavoratori, anche se adottivi o affida-

⁵² N.B. Tutte le lavorazioni particolarmente faticose ed insalubri, dettagliate e precisate dal D.P.R. 1026/76 "*Regolamento di esecuzione della legge 1204/71*". La legge 1204/71 stabilisce inoltre che il datore di lavoro deve consentire alla lavoratrice madre durante il primo anno di vita del bambino due periodi di riposo, anche cumulabili durante la giornata, che devono assicurare alla madre la possibilità di provvedere all'assistenza diretta del bambino (ai fini dell'allattamento).

tari, di bambini con handicap grave, accordando loro il diritto, in alternativa tra loro, al prolungamento fino a tre anni del periodo di astensione facoltativa dal lavoro, sempre ch  il bambino non sia ricoverato a tempo pieno in un istituto specializzato, periodo in cui al genitore che ne usufruisce spetta pari il 30% dello suo stipendio. In alternativa al prolungamento, i genitori possono chiedere al datore di lavoro di usufruire di due ore di permesso giornaliero retribuito fino al compimento del terzo anno di vita del bambino.

La legge 8 marzo 2000, n 53, riguardante i congedi parentali, ha introdotto una nuova disciplina dell'astensione facoltativa della lavoratrice o del lavoratore. In particolare ha stabilito che, decorso il periodo di astensione obbligatoria, i genitori hanno il diritto di astenersi dal lavoro, anche contemporaneamente, nei primi otto anni di et  del bambino, per un periodo complessivo di sei mesi. Se utilizzate da entrambi i genitori, le astensioni dal lavoro non possono superare il limite complessivo di dieci mesi. Se il padre si assenta dal lavoro per un periodo continuativo non inferiore a tre mesi, il suo limite di sei mesi sale a sette e il limite massimo complessivo di fruizione tra i due genitori raggiunge gli undici mesi (sette mesi per il padre e quattro mesi per la madre). In presenza di un solo genitore, questi ha il diritto di astenersi dal lavoro per un periodo non superiore ai dieci mesi. Il diritto all'astensione facoltativa   riconosciuto anche qualora l'altro genitore non ne abbia diritto, in quanto non occupato o perch  appartenente ad una categoria diversa da quella dei lavoratori subordinati. Il genitore deve preavvisare, salvo i casi di oggettiva impossibilit , il proprio datore di lavoro dell'intenzione di voler usufruire del congedo.

Il congedo parentale   concesso anche in caso di affido o adozione, fruibile durante i primi tre anni dall'ingresso del bambino, di et  rispettivamente compresa tra otto e dodici anni e dodici e quindici anni, in famiglia.

Il decreto legislativo 23 aprile 2003, n 115, ha esteso il diritto al congedo parentale e il relativo trattamento economico e previdenziale alle lavoratrici autonome, coltivatrici dirette, mezzadre e colone, artigiane ed esercenti attivit  commerciali, imprenditrici agricole a titolo principale, limitatamente ad un periodo di tre mesi, entro il primo anno di vita del bambino⁵³.

⁵³ N.B. Il Decreto legislativo 18 luglio 2011, n 119, "Attuazione dell'art. 23 della legge 4 novembre 2010, n 183, recante delega al Governo per il riordino della normativa in materia di congedi, aspettative e permessi", (G.U. n 173, del 27.7.2011) a cui si rimanda per approfondimenti, ha apportato alcune modifiche in materia di flessibilit  del congedo di maternit  (art.2), di congedo parentale (art. 3).

Parte quarta

Il divenire della vita

1. La tutela dei soggetti “fragili”

1. Introduzione

Ogni persona può diventare vittima di crimini o violenze, però minori, donne, anziani o soggetti portatori di una qualche forma di disabilità, presentano in questo senso un rischio più elevato, in quanto caratterizzati da una intrinseca fragilità fisio-psico-sociale, dovuta o alla necessità di costruirsi e/o conquistarsi una propria autonomia, o alla progressiva perdita della stessa, da cui una condizione di maggiore dipendenza da un soggetto “più forte”, sia esso membro del sistema famiglia o esterno allo stesso (es. strutture assistenziali, ambiente scolastico, ecc.). Può accadere però che proprio il cosiddetto *caregiver*, cioè l’incaricato della cura e/o protezione, del soggetto “debole”, si renda responsabile di diverse tipologie di violenza e abusi ai danni di quest’ultimo.

La violenza nei confronti delle persone “fragili” non è di certo di un fenomeno dei giorni nostri, bensì una evenienza sempre esistita, ma che fino ad un recente passato veniva per lo più percepita come una questione “privata” da gestire e risolvere quindi all’interno delle mura domestiche. È, infatti, solo da alcuni decenni che maltrattamenti e abusi, consumati non solo all’interno della famiglia, vengono affrontati come problema reale, momento in cui si assiste ad un progressivo aumento degli studi al riguardo sia per farlo emergere e conoscere sia per approntare interventi di prevenzione, diagnosi e terapia a favore specie delle vittime, ma anche degli autori, oltre a portare ad una sempre maggiore tutela giuridica.

Numerose sono le indagini statistiche incentrate, di volta in volta, sulla quantificazione del fenomeno¹, sulla tipologia della violenza, sugli ambien-

¹ N.B. Da numerosi studi statistici riguardanti i maltrattamenti fisici ai danni dei *minori*, risulta, fra altro, che in Italia, seppur figuri tra i paesi “meno violenti”, vi sarebbe una mortalità infantile dello 0,2 l’anno ogni 100.000 abitanti connessa al fenomeno.

ti in cui si manifesta², sulle diverse categorie di vittime (minori³, donne, ultimamente anche uomini⁴, o anziani), o sugli autori⁵, studi che dimostrano chiaramente la portata del problema e la necessità di una sua approfondita conoscenza, anche e specialmente da parte degli operatori sanitari, al fine di poter intervenire precocemente.

Sebbene siano stati individuati diversi fattori di rischio alla base della violenza, connessi sia alle caratteristiche individuali⁶, sia al contesto socio-ambientale e culturale immediato e/o più ampio⁷, spesso si scopre che colui che abusa o maltratta, nella propria infanzia, è stato a sua volta vittima di violenza, tanto da parlare di ripetitività dell'abuso o ciclo intergenerazionale della violenza.

Dai numerosissimi studi approntati emerge comunque che, in generale, si può affermare come le diverse forme di violenza nei confronti del soggetto fragile non conoscono preferenza né di sesso, né di fasce di età, né differenze fra i diversi ceti sociali, essendo il fenomeno forse unicamente più facilmente individuabile quando coinvolge le classi più disagiate, in quanto eventualmente già segnalate e conosciute ai servizi sociali.

Ancora oggi la pratica della violenza e degli abusi all'interno delle mura domestiche o di strutture adibite all'istruzione o all'assistenza è gravata da

² N.B. Una *famiglia maltrattante* può presentare le seguenti caratteristiche: isolamento dal contesto sociale e/o dalla famiglia di origine; emarginazione sociale perché immigrata, di diversa religione o razza, ecc.; difficoltà economiche e/o disoccupazione; inadeguatezza spaziale e/o igienica delle abitazioni; nucleo monoparentale (ragazze madri, separazioni, divorzi, vedovanze), ecc.

³ N.B. A maggior rischio di abuso sarebbero *minori* portatori: di patologie neonatali, malattie croniche, handicap fisici e/o psichici, disturbi del sonno, problemi delle condotte alimentari e/o sfinteriche, i prematuri, gli ultimi nati, ecc.

⁴ N.B. Seppure se ne parli molto meno, da alcuni anni, specie nei paesi anglosassoni, si è messa in evidenza la cosiddetta *battered husband syndrome*, fenomenologia violenta che vede l'uomo vittima di vessazioni psicologiche, fisiche o economiche da parte di una donna, specie una compagna.

⁵ N.B. Se gli *abusanti sono i genitori*, uno o entrambi possono essere affetti da psicosi, disturbi di personalità, gravi nevrosi, deficit mentali, handicap, tossico e/o alcol-dipendenza; possono essere presenti conflitti di coppia; altre volte si tratta di coppie molto giovani, impreparate ai loro compiti di genitori; possono a loro volta essere stati vittime di abusi, ecc. – Quando la vittima è una persona anziana, l'autore della violenza è spesso un figlio, ma può anche essere il personale di una struttura assistenziale in cui è ricoverato.

⁶ Es. Avrà maggiore probabilità di divenire *autore di violenza*, un soggetto connotato, ad es., da bassa autostima, scarso controllo degli impulsi, affettività labile, bassa tolleranza allo stress, abusatore di droghe o alcool.

⁷ Es. Fra i *fattori sociali immediati* si possono citare la struttura e dimensione della famiglia, eventuali eventi stressanti (lutti o perdita di lavoro, ecc.), fra quelli *sociali più ampi* possono influire la povertà, disoccupazione, abitazioni inadeguate, assenza di servizi di supporto, scarsa coesione sociale, isolamento, ecc.

un elevatissimo numero oscuro, data anche la frequente scarsa capacità della vittima di richiedere aiuto o di contrastare la violenza. Specie nei casi in cui la violenza si consuma in ambito familiare⁸, esiste, infatti, tra vittima e aggressore una relazione molto complessa, in rapporto con la situazione culturale, sociale, economica, affettiva, relazionale ed esistenziale e che influisce notevolmente sulla possibilità di far emergere il problema.

2. Le diverse forme di abuso

Le violenze nei confronti dei soggetti “fragili”, di entrambi i sessi, di ogni età e ceto sociale, attuate sia in ambito familiare sia extra-familiare, possono assumere la forma del maltrattamento fisico e/o psicologico, dell’abuso sessuale o manifestarsi attraverso una incongrua fornitura delle cure.

a. Si parla di maltrattamento *fisico* quando genitori, persone legalmente responsabili o adibite all’istruzione, cura o vigilanza del soggetto “debole”, eseguono o permettono l’attuazione di violenze fisiche ai suoi danni o lo pongono a rischio di subire lesioni.

Così le violenze fisiche⁹, in cui l’autore intenzionalmente infligge dolore allo scopo di penalizzare comportamenti indesiderati o disapprovati o di impedirne il ripetersi, ma non solo, possono essere compiute a mani nude o con i più diversi tipi di oggetti, provocando lesioni di varia natura e gravità (ematomi multipli, contusioni, morsicature, ferite lacere o lacero-contuse, fratture agli arti, ustioni, bruciate, lesioni da corda o da catena, ferite da taglio, rotture di organi interni, ecc.), fino a portare a esiti letali¹⁰. Questa forma di violenza è quella più manifesta e facilmente riconoscibile.

⁸ N.B. Le diverse forme di violenza hanno spesso origine all’interno delle *famiglie cosiddette problematiche*, contrassegnate da un sistema familiare incapace di gestire adeguatamente i suoi compiti organizzativi (di tipo economico, della crescita, cura o istruzione dei figli, della gestione delle tensioni o crisi, ecc.).

⁹ N.B. Vittime di *violenze fisiche* sono spesso i bambini, ma anche le donne e con sempre maggiore frequenza persone anziane, abusi di cui si rendono per lo più responsabili padri, madri, o entrambi, ma anche i mariti, nei confronti delle mogli o i figli nei confronti del genitore anziano. Da anni ormai è nota la *sindrome del bambino maltrattato*, conseguenza di sofferenze psico-fisiche prolungate o carenze alimentari, con ritardi nello sviluppo corporeo, insufficienza motoria, rachitismo, turbe psichiche, ecc. Se adeguatamente trattate le manifestazioni somatiche possono avere una prognosi favorevole, mentre spesso permangono gravi conseguenze psichiche sotto forma di disturbi della personalità. - Il crescente fenomeno della violenza fisica attuata ai danni degli anziani, ha portato ad individuare anche una *sindrome dell’anziano maltrattato*.

¹⁰ N.B. Esiti letali possono derivare, al bambino sotto l’anno di età, dalla cosiddetta *sindrome del bambino scosso* (SBS), dovuta ad un violento scuotimento determinante una azione lesiva meccanica correlata alle brusche accelerazioni e decelerazioni cui viene sotto-

b. L'abuso *psicologico* costituisce una violenza più difficilmente individuabile da terzi e spesso viene rivelato unicamente quando già si palesano i suoi esiti devastanti sulla personalità della vittima. Gli effetti di un maltrattamento psicologico, nelle forme della svalutazione, denigrazione, intimidazione, umiliazione, minaccia di abbandono o di punizioni ecc., dipendono dalla interazione tra varie dimensioni, tra cui la sua intensità, frequenza e durata, il contesto nel quale si attua e il significato soggettivo dato al maltrattamento subito.

In questa tipologia di violenza può rientrare anche quella "assistita", situazione in cui la vittima, specie bambini, diventa testimone, diretto (assistendo personalmente) o indiretto (venendone a conoscenza), di violenza fisica, psicologica, verbale o sessuale compiuta ai danni di sue persone di riferimento o altre figure affettivamente significative.

c. La cosiddetta *patologia della fornitura di cure*, che vede per lo più vittime minori o anziani, si caratterizza per gravi carenze o inadeguatezze assistenziali, qualitative e/o quantitative, e viene distinta in incuria, disuria e ipercuria.

Così nell'*incuria*, fisica e/o psicologica, o violenza per omissione, il *caregiver* può, ad esempio, provvedere alle necessità nutrizionali, ma non a quelle affettive, emotive o sociali, e viceversa; può trattarsi di semplice disinteresse, o di veri e propri abbandoni; altre volte non viene fornito abbigliamento adeguato o sufficiente, vengono omesse le necessarie cure o controlli medici, ecc..

Nella *discuria* si assiste ad una distorsione della fornitura della cura, in quanto risultano inadeguate al momento evolutivo o, in generale, all'età del soggetto di cui il *caregiver* si occupa¹¹.

L'*ipercuria* si caratterizza per un eccesso di cura e trova nella cosiddetta sindrome di Muenchausen per procura¹² la sua espressione più importante. Al-

posto l'encefalo con danni neurologici che possono variare dal coma fino alla morte. Si possono così formare ematomi subdurali, emorragie subaracnoidee, encefalomalacia, edema cerebrale, emorragie retiniche, oltre a fratture scheletriche. Una variante è la cosiddetta "*shaken impact syndrome*", in cui allo scuotimento si aggiunge il bambino viene gettato con violenza contro una superficie fissa, non necessariamente dura.

¹¹ N.B. La *discuria* può assumere diverse forme: - *anacronismo delle cure*, quando le cure fornite sono inadeguate rispetto all'età o allo stadio evolutivo; - imposizione di *ritmi di acquisizione* precoci o di ritmi inadeguati all'età, quando vengono pretesi ritmi delle abitudini di vita o apprendimento di regole non conformi all'età o allo stadio evolutivo, ma alle abitudini del caregiver; - *aspettative irrazionali*, quando il caregiver pretende attività o competenze non conformi all'età o allo stadio evolutivo.

¹² N.B. Nella *sindrome di Muenchausen per procura*, solitamente, una madre con un certo grado di istruzione e ansiosa per lo stato di salute del figlio, richiede che quest'ultimo venga sottoposto ad innumerevoli analisi e cure, spesso anche invasive, al fine di far accertare una patologia di fatto inesistente, ma unicamente frutto della sua fantasia.

tre sue varianti sono rappresentate dalla sindrome da indennizzo per procura¹³, dall'abuso chimico¹⁴, dal help seeker¹⁵ e dal medical shopping per procura¹⁶.

d. L'*abuso sessuale*, in ambito familiare o extra-familiare, comprende tutte le pratiche sessuali, manifeste o mascherate, cui possono essere sottoposti, contro la loro volontà, sia minori sia adulti di entrambi i sessi e di ogni età (vedi capitolo a riguardo).

Fra i danni, sia fisici sia psichici, derivanti dalle diverse le forme di violenza rivestono una particolare importanza quelli che colpiscono i minori, specie se molto piccoli, in quanto può venire compromesso, in modo spesso irreversibile, il loro armonico sviluppo psico-fisico¹⁷.

3. Delitti contro l'assistenza familiare

Le diverse forme di violenza, eccezion fatta per la violenza sessuale, più sopra brevemente descritte possono costituire vere e proprie ipotesi di reato, rubricate fra i "*delitti contro l'assistenza familiare*" e disciplinate più in particolare dagli articoli 571 c.p., "abuso dei mezzi di correzione o di disciplina", e 572 c.p., "maltrattamenti in famiglia o verso i fanciulli", entrambi reati procedibili d'ufficio che ogni operatore sanitario deve conoscere, non solo per saperne riconoscere i segni e predisporre un adeguato tipo di intervento, ma anche per adempiere al suo obbligo di informarne l'autorità giudiziaria¹⁸ (attraverso il referto o denuncia di reato, vedi capitolo a ri-

¹³ N.B. Nella *sindrome da indennizzo per procura* un bambino, spesso vittima di un trauma cranico, lamenta sintomi di varia natura suggeritigli dal genitore al fine di ottenere un indennizzo, sintomi, che, una volta ottenuto il risarcimento, "guariscono".

¹⁴ N.B. Nell'*abuso chimico* il caregiver somministra alla vittima farmaci o sostanze chimiche onde provocarle una data sintomatologia con necessità di ricovero ospedaliero.

¹⁵ N.B. Nel caso del *Help seeker* siamo di fronte ad un bambino con sintomi fittizi indotti dalla madre, ma rispetto alla sindrome di Muenchausen per procura, la richiesta di analisi e cure è meno frequente e duratura, in quanto, durante le visite mediche, il curante solitamente non ha difficoltà nell'evidenziare che i supposti problemi del figlio trovano la loro origine nei disturbi d'ansia o depressivi della genitrice.

¹⁶ N.B. Il *medical shopping per procura* vede come vittime specie bambini che nei primi anni di vita hanno sofferto di una grave patologia, ragion per cui i genitori, costantemente in ansia per la di lui salute, ricorrono alla continua richiesta di cure, anche di fronte a malanni di lieve entità.

¹⁷ Es. Nel bambino può essere compromessa la formazione del legame di attaccamento, la regolazione affettiva, lo sviluppo dell'autostima, la capacità di relazionarsi con coetanei; sono evidenti passività, abulia, chiusura in se stessi. Nell'età adulta possono persistere disturbi relazionali, paura, ostilità, diffidenza, comportamenti sessuali disfunzionali, tendenza alla prostituzione, alla tossico- o alcol-dipendenza, e altri comportamenti antisociali.

¹⁸ N.B. Esiste una certa riluttanza da parte di medici e operatori sanitari in genere a presentare denuncia, specie di fronte al solo sospetto di avvenuta violenza, sia perché consape-

guardo) e/o i servizi territoriali di competenza, anche di fronte al semplice sospetto di una loro esistenza, obbligo peraltro espressamente previsto in diversi codici deontologici¹⁹.

3.1. Abuso dei mezzi di correzione o di disciplina

L'articolo 571 c.p.²⁰, disciplinante l'“*abuso dei mezzi di correzione o di disciplina*”, punisce *chiunque*²¹ applica tali mezzi superando i limiti dell'uso consentito e legittimo. Così non è punito il genitore che per necessità educativa ricorre al suo legittimo potere di correzione o disciplina, mentre sarà passibile di pena nel caso in cui, eccedendo nel loro uso, realizza una condizione di pericolo, da intendersi come rischio concreto, per la salute psico-fisica del figlio²². Il reato si concretizza quindi allorché dall'uso del mezzo di correzione o disciplina derivi il pericolo o il concretizzarsi di una condizione di malattia, anche solo lievissima e limitata nel tempo (per approfondimenti sul concetto di malattia, vedi capitolo riguardante le lesioni personali).

Si tratta di un *reato* cosiddetto *di pericolo* (è sufficiente il solo pericolo del realizzarsi del danno), il cui elemento psicologico è il *dolo*, la volontà, cioè, di agire a scopo correttivo o disciplinare nella consapevolezza di ec-

voli delle conseguenti ripercussioni sulla famiglia sospettata di abusi, sia perché, a volte, temono di poter essere coinvolti di persona in un'azione legale da parte delle persone denunciate, non sapendo che godono comunque di immunità se hanno denunciato “in buona fede”. - N.B. Nel caso della presentazione del referto, non può essere applicata l'esimente, dato che l'assistito è la vittima e non il caregiver, anche se è quest'ultimo che chiede l'intervento assistenziale.

¹⁹ N.B. tutela del *soggetto “fragile”*: CdMC art. 32 - CdInf artt. 32 e 33 - CdTSRM art. 5.4 - CdE.P Respons. nei confronti delle famiglie, artt. 3 e 4.

²⁰ art. 571 c.p. (*Abuso dei mezzi di correzione o di disciplina*): “Chiunque abusa dei mezzi di correzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, ovvero per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito, se dal fatto deriva un pericolo di una malattia nel corpo o nella mente, con la reclusione fino a 6 mesi. Se dal fatto deriva una lesione personale, si applicano le pene stabilite negli artt. 582 e 583, ridotte di un terzo; se ne deriva la morte, si applica la reclusione da 3 a 8 anni. Procedibilità d'ufficio.”

²¹ N.B. In base all'art. 571 c.p. viene punito “chiunque” abusa di mezzi di correzione o disciplina, e quindi non solo i genitori o familiari, ma tutti coloro che ricoprono una posizione di autorità rispetto alla vittima, o alle quali questa è affidata per motivi educativi, di istruzione, di cura, vigilanza o custodia (docenti nelle scuole, operatori sanitari di strutture assistenziali o attivi sul territorio, agenti di polizia penitenziaria, datori di lavoro ecc.).

²² N.B. Così se un semplice schiaffo può essere ritenuto lecito, può invece risultare illecito se dato con forza eccessiva o in modo ripetuto. È sicuramente illecito l'uso di mezzi quali bastoni, fruste, cinghie, esposizione a temperature rigide, ecc.

cedere nell'uso del mezzo. Le pene previste sono della reclusione fino a sei mesi nel caso in cui vi sia il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente, se ne dovesse derivare una lesione personale, vengono applicate le pene stabilite per le stesse (artt. 582 c.p. lesione personale, e 583 c.p. circostanze aggravanti, vedi capitolo al riguardo), seppur ridotte di un terzo, se ne deriva la morte, la pena detentiva varia da tre a otto anni.

3.2. *Maltrattamento in famiglia*

Anche il reato di “*maltrattamento in famiglia o verso fanciulli*”, di cui all'articolo 572 c.p.²³, non punisce unicamente chi maltratta persone facenti parte della famiglia, ma anche chi pone in essere tale comportamento ai danni di un minore degli anni quattordici, o una persona a lui affidata per motivi educativi, istruttivi, curativi, di custodia o vigilanza²⁴. Come già visto per l'articolo 571 c.p., anche questa fattispecie di reato prevede quindi che l'autore possa appartenere sia alla cerchia familiare sia ad ambienti extra-familiari.

Per perfezionarsi il reato di "maltrattamento" occorre l'attuazione di una pluralità di atti reiterati nel tempo, o abitudinari²⁵, che si ripercuotono negativamente sull'integrità fisica e/o psichica o sul decoro, o che degradano fisicamente o moralmente la vittima. I maltrattamenti possono essere *commissivi*, attraverso violenze sia fisiche (percosse, sevizie, ecc.), sia psicologiche (minacce, ingiurie, ecc.), oppure *omissivi*, privando cioè la vittima della protezione o delle cure necessarie, comportamenti questi che, a differenza di quanto previsto dall'articolo 571 c.p., non vengono posti in essere a scopo correttivo o disciplinare.

²³ art. 572 c.p. (*Maltrattamenti in famiglia o verso i fanciulli*): “Chiunque, fuori dei casi indicati nell'art. precedente, maltratta 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 punito con la reclusione da 1 a 5 anni. Se dal fatto deriva una lesione personale grave, si applica la reclusione da 4 a 8 anni; se ne deriva una lesione gravissima la reclusione da 7 a 15 anni; se ne deriva la morte, la reclusione da 12 a 20 anni. Procedibilità d'ufficio.”

²⁴ Es. Oltre a genitori o parenti, possono rendersi responsabili di maltrattamenti insegnanti, medici, personale sanitario, educatori, agenti di polizia penitenziaria, ecc., potendone così essere vittime non solo minori, ma anche anziani, donne, uomini o detenuti.

²⁵ N.B. Un'accurata anamnesi, anche circa la dinamica dell'“incidente”, un'osservazione attenta del comportamento sia della vittima sia di colui che l'accompagna a vista, e un approfondito esame obiettivo devono portare alla dimostrazione (o per lo meno ad un fondato sospetto) di una pluralità di episodi lesivi, al fine di porre diagnosi differenziale tra lesione personale (dolosa o colposa; vedi capitolo a riguardo) e maltrattamento e ciò anche in relazione agli obblighi di legge per quanto riguarda l'eventuale notifica alle autorità giudiziarie.

L'elemento psicologico del reato è il *dolo*, la volontà cioè di esercitare il maltrattamento, nella consapevolezza di procurare sofferenze fisiche o morali prolungate ad una vittima, cui l'agente, in modo duraturo, abitudinario o continuativo è, legato da vincoli di solidarietà familiare, di protezione o assistenza.

La pena prevista è della reclusione da uno a cinque anni. Se dal maltrattamento derivano lesioni personali gravi o gravissime, le pene, rispettivamente di quattro a otto anni e di sette a quindici anni, sono maggiori di quelle solitamente previste se il fatto avviene al di fuori della cerchia familiare. Questo vale anche per la seconda evenienza, cioè la morte in seguito a maltrattamento che, se rubricato come omicidio preterintenzionale, prevede una pena da dodici a venti anni di reclusione, mentre nel caso in cui sia rubricato come omicidio, eventualmente aggravato in quanto commesso su discendente o ascendente, o usando crudeltà o sevizie, o per motivi futili o abietti, la pena va da ventiquattro a trent'anni fino all'ergastolo.

4. Delitti contro la libertà personale

4.1. *Violenza sessuale*

di *Alberto Sella*

4.1.1. Introduzione

Dalle indagini statistiche²⁶ svolte riguardo la violenza sessuale emerge come più frequentemente questa venga attuata dall'uomo nei confronti della donna²⁷, risultanti invece rari i casi in cui il responsabile della violenza sia di sesso femminile²⁸; peraltro non esiste specifica fascia di età più a rischio di stupro, spaziando dai minorenni, anche in età infantile (pedofilia), fino ad arrivare a persone anziane (gerontofilia).

La maggior parte delle violenze sessuali (effettive o tentate) viene messa in atto da persone che conoscono la loro vittima²⁹. Quando l'aggressore è

²⁶ N.B. I dati che seguono sono tratti da un'indagine condotta da ISTAT nel 2004.

²⁷ N.B. Nel 2002, 520mila donne, tra i 14 e i 59 anni, hanno dichiarato di aver subito almeno una violenza tentata o consumata; 9.860.000 donne avrebbero subito almeno una molestia a sfondo sessuale nel corso della loro vita.

²⁸ N.B. Il rapporto fra donne stuprate/uomini stuprati sarebbe di 9 a 1. - Sono molto rare le ricerche su forme di stupro diverse da quelle del tipo uomo-donna. - Statisticamente, le donne autrici di violenza sessuale vengono più difficilmente processate.

²⁹ N.B. In particolare, amici e datori o colleghi di lavoro rappresenterebbero, da soli, quasi il 40% degli offensori, mentre le violenze sessuali commesse da coniugi, ex-coniugi, fidanzati o ex-fidanzati ammonterebbero a circa il 12%. Le percentuali cambiano considerevolmente quando, invece della generica violenza sessuale, si considera solamente lo stupro

il coniuge o comunque il partner della vittima si parla di stupro maritale, concetto di relativamente recente introduzione e considerato comportamento in netto contrasto con il principio tradizionale del dovere coniugale. La violenza sessuale all'interno della famiglia nucleare può anche esprimersi come relazione incestuosa (padri sui figli e/o figlie, fratelli su fratelli e/o sorelle e madri sui figli³⁰, vedi oltre), situazione che rappresenterebbe comunque solo l'1,5% del totale delle violenze, mentre la percentuale di altri parenti autori di violenze sessuali supererebbe il 4%.

La violenza sessuale è un crimine che può essere compiuto dal singolo o dal gruppo (la cosiddetta violenza di gruppo, vedi oltre), solitamente composto da più persone, bastando, peraltro, secondo l'orientamento giurisprudenziale, anche solo due soggetti.

Altro ambito frequente di violenza sessuale sono le situazioni di guerra in cui, da sempre, abusare delle donne sembra quasi essere considerata una sorta di ricompensa per soldati, nonché un vero e proprio metodo di combattimento, volto a fiaccare la resistenza psicologica della popolazione³¹, per non dimenticare lo stupro usato quale metodo di tortura.

Purtroppo la maggior parte delle violenze sessuali non viene segnalata dalla vittima, in quanto solo il 7,4% delle donne denunciarebbe una violenza tentata o consumata nel corso della vita. Le ragioni più comunemente addotte per la mancata denuncia sarebbero la paura di essere giudicate, la vergogna, l'autocolpevolizzazione, senza dimenticare una frequente sfiducia nelle istituzioni (motivo questo riferito da oltre il 10% delle vittime) o il timore di affrontare un lungo iter giudiziario.

4.1.2. La legge n°66 del 15 febbraio 1996, “*Norme contro la violenza sessuale*”

La legge 66/96, ha rinnovato la vecchia disciplina penale al riguardo, eliminando la precedente distinzione tra delitto di violenza carnale (art. 519 c.p.) e di atti di libidine violenta (art. 521 c.p.), già inseriti fra i

realmente attuato, dove la percentuale che vede coinvolti fidanzati o ex-fidanzati salirebbe al 17,4%, mentre quelli attuati dal coniuge, ex-coniuge o convivente al 20,2%, arrivando così complessivamente a quasi 38%.

³⁰ N.B. Va precisato che la fattispecie di reato “incesto”, non rientra nella normativa riguardante la “violenza sessuale” di cui alla legge 66/96 e qui di seguito trattata, costituendo invece reato a sé, rubricato fra i “delitti contro la morale familiare” e disciplinato dall’art. 564 c.p. (vedi oltre).

³¹ N.B. Con la risoluzione n°1820 del 19 giugno 2008, le Nazioni Unite hanno definito lo stupro (anche di massa), un'arma di guerra vera e propria, utile ad umiliare e intimidire i popoli, che così o si sposterebbero in altri territori o rispetterebbero determinate imposizioni.

reati “contro a moralità pubblica e il buon costume” e attualmente abrogati, introducendo la genericità del nuovo inciso di "atti sessuali", locuzione che ha creato non poche perplessità.

In effetti, con la legge in esame, la *violenza sessuale* va intesa come una lesione della *libertà sessuale*, cioè del diritto della persona di disporre liberamente del proprio corpo, dunque della propria sessualità nell'ambito della vita di relazione, vale a dire a seconda delle proprie volontà, scelte, intenzioni ed inclinazioni. Libertà sessuale significa quindi libera scelta del proprio partner e della condotta sessuale, autodeterminarsi quindi nelle modalità della propria vita sessuale, seppur nell'osservanza delle leggi dello Stato e nel rispetto dell'altrui sfera di libertà personale, libertà che peraltro trova fondamento nell'articolo 13 della Costituzione secondo cui “*la libertà personale è inviolabile*”.

La violenza sessuale è, per certi versi e in questo senso, considerabile come una sottospecie criminosa della violenza privata (art. 610 c.p.³²), e poiché quest'ultima è perseguibile d'ufficio, taluni vorrebbero che lo fosse anche quella sessuale, allo stato solitamente perseguibile invece a querela della parte offesa (vedi oltre).

Violenza sessuale, secondo l'attuale definizione, significa costringere, mediante violenza (intesa come qualsiasi forma di azione fisica, a prescindere dalla sua entità e modalità di attuazione, realizzata ai danni di terzi allo scopo di vincerne la resistenza), o minaccia (intesa come azione psichica volta a coartare la volontà della vittima attraverso l'intimidazione diretta o indiretta di subire un danno ingiusto) o abuso di autorità (inteso come impiego di una posizione di superiorità gerarchica), un altro soggetto a compiere o subire atti sessuali e, in quanto sopraffazione della altrui libertà personale (infatti, gli articoli della legge esaminata sono collocati all'interno dei “delitti contro la persona” e più in particolare “contro la libertà individuale”, dopo l'articolo 609 c.p. riguardante la “perquisizione e ispezione personale arbitraria”), costituisce certamente un reato grave contro la persona, obbligata a subire, contro la propria volontà, atti sessuali sul proprio corpo, con conseguenze gravemente negative sulla sfera psico-fisica.

La legge in discussione, oltre a considerare la violenza propriamente detta, prende anche in considerazione l'induzione a compiere o subire atti sessuali, situazione che si concretizza nel momento in cui la vittima o si trova in condizioni di inferiorità fisica o psichica al momento del fatto o venga tratta in inganno sostituendosi l'autore ad altra persona.

³² art. 610 c.p. (*Violenza privata*): “Chiunque, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa è punito con la reclusione fino a 4 anni. /.../ Procedibilità d'ufficio.”

Va precisato che gli articoli costituenti la legge 66/96 puniscono non solo lo stupro, inteso come congiunzione carnale non consensuale, ma più in generale qualsiasi costrizione a compiere o subire atti a connotazione sessuale, coinvolgenti cioè zone riconosciute come erogene o comunque stimolanti l'istinto sessuale (mediante contatto fisico con le parti del corpo della vittima, le molestie fisiche, gli atti di esibizionismo, le telefonate oscene, i ricatti sessuali, gli apprezzamenti volgari, ecc.).

4.1.2.1. Elementi costitutivi il reato di violenza sessuale

Analizzando più dettagliatamente la suddetta legge, la violenza sessuale è definita dall'articolo 609-bis c.p.³³ e punita con la reclusione da cinque a dieci anni, pena prevista non solo per chiunque costringe taluno ad attuare o subire atti sessuali con violenza, minaccia, o abuso di autorità, ma estesa anche a chiunque, in questo senso, abusa delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della vittima o riesce a trarla in inganno sostituendosi ad altra persona. L'elemento psicologico del reato è il *dolo*.

Appare evidente che per l'ammissibilità del delitto in questione si deve giudicare soprattutto: - sull'elemento oggettivo, psicologico oltre che fisico, della violenza, della minaccia o dell'inganno; - sul comportamento effettivamente lesivo della libertà sessuale con la conseguente sopraffazione psichica e fisica, con violazione e strumentalizzazione della corporeità e della volontà dell'altro; - sull'assenza di consenso valido e di partecipazione all'atto sessuale: deve sussistere un valido nesso causale fra la violenza, la minaccia, l'inganno o l'abuso della propria autorità e il verificarsi dell'atto sessuale in discussione; - occorre provare infine che tale atto è stato realizzato al fine di produrre soddisfacimento dell'istinto sessuale.

³³ Legge 66/96, art. 609-bis c.p. (*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 5 a 10 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."

4.1.2.2. Le circostanze aggravanti

All'articolo 609-ter c.p.³⁴, la legge prevede una pena aumentata a sei fino ai dodici anni se la violenza è commessa: - nei confronti di una persona che non ha compiuto gli anni quattordici; - nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni sedici della quale il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore; - 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; - da persona travisata o che simuli la qualità di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio; - su persona comunque sottoposta a limitazioni della libertà personale.

La pena è ulteriormente aumentata a sette fino a quattordici anni, se la violenza viene attuata nei confronti di soggetto inferiore agli anni dieci, in linea con la tutela particolare prevista dalla legge per il minore vittima di violenza sessuale (per approfondimenti vedi oltre).

4.1.2.3. Violenza sessuale ai danni di soggetti in condizioni di "inferiorità"

Per quanto concerne la violenza sessuale compiuta ai danni di minori degli anni sedici, le ipotesi delittuose previste ai commi 1 e 2 dell'articolo 609-quater c.p.³⁵ presuppongono la pura e semplice commissione di atti sessuali, anche se non vi sono stati né violenza né minaccia, né inganno e quindi anche se la persona offesa ha dato il suo consenso. In tali casi si tende a parlare di violenza *presunta*, quando cioè sussistono condizioni fisiologiche della vittima che la pongono in uno stato di pale-

³⁴ Legge 66/96, art. 609-ter c.p. (*Circostanze aggravanti*): "La pena è della reclusione da sei a dodici anni se i fatti di cui all'art. 609-bis sono commessi: 1. nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni 14; - 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 16 della quale il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore. - La pena è della reclusione da 7 a 14 anni se il fatto è commesso nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni 10."

³⁵ Legge 66/96, art. 609-quater c.p. (*Atti sessuali con minorenne*): "Soggiace alla pena stabilita dall'art. 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 14; - 2. non ha compiuto gli anni 16, quando il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, 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. /.../".

se inferiorità di fronte all'aggressore, stato di inferiorità che prova di per sé l'assenza della capacità dell'una di opporsi validamente all'altro e in definitiva l'assenza di un valido e libero consenso. Si tratta in sostanza di situazioni nelle quali si realizza l'incapacità di prestare un valido consenso a causa dell'età, in quanto il minore dei quattordici anni (o di anni sedici, se il colpevole è l'ascendente o il tutore, ovvero altra persona cui il minore è stato affidato per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, vigilanza o custodia) non è in condizione di prestare un consenso davvero libero.

Si precisa a tale riguardo che il colpevole, in dette circostanze, non può invocare a propria scusa l'ignoranza o l'errore sull'età della persona offesa (art. 609-sexies c.p.³⁶).

Lo stesso discorso vale per i soggetti affetti da handicap fisico o psichico, in cui, affinché il delitto si configuri, occorre dimostrare l'abuso consapevole da parte del colpevole della condizione di inferiorità dell'altro. Si tratta di situazioni che per avere rilevanza giuridica devono riferirsi in ogni caso al momento in cui fu compiuto l'atto sessuale ed implicano un confronto fra la capacità di resistenza e di rifiuto o di partecipazione attiva da parte della vittima e la capacità di sopraffazione da parte del colpevole³⁷.

Se in queste circostanze vi è inoltre lo sfruttamento della particolare qualifica rivestita dall'autore, il delitto si aggrava.

Ove l'autore ignori, invece, le condizioni in cui si trovava la persona offesa (andrà allora accertato se egli effettivamente ignorava o poteva ignorare la presenza dell'handicap considerato) verrà meno l'esistenza del dolo e dunque si potrà escludere l'esistenza della fattispecie considerata.

La legge in esame prevede poi una specifica attenzione agli atti sessuali compiuti tra soggetti minori (vedi oltre). Così non è punibile il minore che compie atti sessuali con altro minore superiore agli anni tredici, sempre che la differenza di età tra i soggetti, attivi e passivi, non superi i tre anni³⁸.

³⁶ Legge 66/96, art. 609-sexies c.p. (*Ignoranza dell'età della persona offesa*): "Quando i delitti previsti negli artt. 609-bis, 609-ter, 609-quater e 609-octies sono commessi in danno di persona minore di anni 14, nonché nel caso del delitto di cui all'art. 609-quinquies, il colpevole non può invocare, a propria scusa, l'ignoranza dell'età della persona offesa."

³⁷ N.B. Peraltro, in diverse forme di malattia mentale sussiste una prevalenza delle pulsioni istintive e quindi è più facile indurre nelle persone che ne sono affette un cedimento della resistenza all'azione del colpevole e l'induzione, in tali casi, è considerata equivalente alla costrizione.

³⁸ Legge 66/96, art. 609-quater c.p. (*Atti sessuali con minorenne*), terzo comma: ".../ Non è punibile il minorenne che, al di fuori delle ipotesi previste nell'art. 609-sexies,

Come già accennato, la legge contempla e punisce non solo la violenza sessuale compiuta da un singolo autore, ma anche quella attuata in gruppo (art. 609-octies c.p.³⁹), anche solo formato da due soggetti comunque riunite sia nella progettualità sia nella commissione della violenza, e punita, se non aggravata dalle circostanze di cui all'articolo 609-ter c.p., con la reclusione da sei a dodici anni. La pena è invece diminuita per chi nella preparazione o esecuzione della violenza abbia svolto un ruolo di "minima importanza".

4.1.2.4. La procedibilità

In base alla legge qui discussa, il reato di violenza sessuale è, solitamente, perseguibile a querela della persona offesa (querela una volta presentata non più revocabile, art. 609-septies c.p., primo comma⁴⁰), ossia è la vittima a dover denunciare il fatto perché venga avviato un procedimento penale. Così la perseguibilità e la conseguente, eventuale, punibilità di un delitto di tale gravità sono vincolate alla decisione del singolo, seppur vittima⁴¹, di denunciare la violenza subito.

Appare condivisibile l'opinione del Legislatore nel ritenere necessario rispettare e tutelare in *primis* la persona già vittima di violenza e lasciare alla sua discrezione e volontà il sottoporsi a tutto quello potrà comportare un procedimento penale: visite mediche, interrogatori, confronti, dibattiti, pressioni. Per una tale decisione, se denunciare o meno, la legge concede sei mesi di tempo.

compie atti sessuali con un minorenne che abbia compiuto gli anni 13, se la differenza di età tra i soggetti non è superiore a 3 anni."

³⁹ Legge 66/96, art. 609-octies c.p. (*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'art. 609-bis. Chiunque commette atti di violenza sessuale di gruppo è punito con la reclusione da 6 a 12 anni. La pena è aumentata se concorre taluna delle circostanze aggravanti previste dall'art. 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 com. e dal terzo com. dell'art. 112." - N.B. L'art. 112 c.p. si riferisce alle circostanze aggravanti nel concorso di persone nel reato.

⁴⁰ Legge 66/96, art. 609-septies c.p. (*Querela di parte*): "I delitti previsti dagli artt. 609-bis, 609-ter e 609-quater sono punibili a querela della persona offesa. Salvo quanto previsto dall'art. 597, terzo com., il termine per la proposizione della querela è di 6 mesi. La querela proposta è irrevocabile. /.../"

⁴¹ N.B. In altri paesi, ad esempio in Svizzera, invece, lo stesso reato è perseguibile d'ufficio, ossia senza necessità della denuncia da parte del soggetto passivo.

In base allo stesso articolo 609-septies c.p., secondo comma⁴², si procede invece d'ufficio se la violenza sessuale è commessa ai danni di un minore degli anni quattordici; se l'autore è un genitore, anche adottivo, o il di lui convivente, il tutore, ovvero da altra persona cui il minore è affidato per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia; se il fatto è commesso da un pubblico ufficiale o da un incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle proprie funzioni; oppure quando la violenza sessuale è connessa con un altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio; o, infine, se la vittima non ha compiuto gli anni dieci (art. 609-quater c.p., ultimo comma⁴³).

4.1.3. L'approccio alla vittima

Chiunque abbia subito violenza sessuale, oltre che di eventuale assistenza medica, necessita di un particolare supporto psicologico, di una speciale sensibilità, di grande rispetto e comprensione.

Così spesso, la vittima presenta la cosiddetta "*rape trauma syndrome*", caratterizzata da una destrutturazione della personalità e da un profondo sovvertimento della capacità di relazionare con gli altri. La sua durata è variabile, potendosi protrarre anche a lungo e residuando talora gravi conseguenze psichiche, tra cui un marcato stato depressivo, a volte difficile da curare.

Dopo il trauma subito, in una prima fase, molte donne presentano stati di shock, confusione, ansia, insensibilità, intorpidimento. Altre, specie quando l'aggressore è un conoscente, negano invece, l'accaduto, cioè non riconoscono pienamente quanto avvenuto oppure minimizzano l'intensità dell'esperienza vissuta.

Si comprende come sia indispensabile in ogni caso avvicinarsi con prudenza all'esame, informare la persona della finalità dell'indagine, ot-

⁴² Legge 66/96, art. 609-septies c.p. (*Querela di parte*): secondo comma: “/.../ Si procede tuttavia d'ufficio: 1. se il fatto di cui all'art. 609-bis è commesso nei confronti di persona che al momento del fatto non ha compiuto gli anni 14; - 2. se il fatto è commesso 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; - 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'art. 609-quater, ultimo com. /.../”.

⁴³ Legge 66/96, art. 609-quater c.p. (*Atti sessuali con minorenne*), ultimo com.: “Si applica la pena di cui all'art. 609-ter, secondo com., se la persona offesa non ha compiuto gli anni 10.”

tenerne la collaborazione ed il valido consenso. È opportuno inoltre che alla visita partecipi un collaboratore del medico (infermiera, ostetrica, ecc.). L'esame deve essere effettuato il più prontamente possibile e prima che la vittima dello stupro si lavi, anche se l'impulso a pulirsi costituisce spesso la sua più immediata necessità.

4.1.4. L'indagine clinica

Circa la procedura dell'indagine clinica, si effettua dapprima un colloquio, che rassicuri la persona e miri ad ottenerne, come s'è detto, il massimo della collaborazione. Si ricercheranno quindi gli eventuali segni fisici della violenza subita, avendo cura di stabilire a quale epoca verosimilmente risalga. Va segnalato che i segni possono anche mancare nei casi in cui la vittima abbia perso conoscenza o si trovava in uno stato di profonda prostrazione o di ipoergia fisica e l'esame obiettivo venga eseguito a distanza di tempo. Non si dimentichi inoltre che la legge definisce "violenza sessuale" anche comportamenti non necessariamente "violenti" e tali da non determinare segni fisici obiettivabili.

Uno degli scopi primari dell'indagine è naturalmente quello di accertare se il soggetto presenta segni di subita congiunzione carnale ed a quale epoca essa risale; si dovranno osservare a tal fine l'imene, la vulva, la vagina e la regione anale, la bocca. In tutti i casi vanno effettuati più prelievi, che potranno essere poi colorati mediante il metodo dell'ematosilina-eosina oppure col metodo di Papanicolaou per la ricerca degli spermatozoi.

4.1.5. Indagini di laboratorio

a. *La ricerca dello sperma*: una ricerca accurata deve essere fatta a livello degli orifizi e delle cavità, quali bocca, ano, vagina. In tutti i casi vanno effettuati più prelievi: così, a livello della bocca, essi vanno eseguiti preferibilmente sotto la lingua, in corrispondenza del bordo e dei fornici gengivali, sulla faringe. Il canale anale e le sue pliche vanno accuratamente ispezionati. La vagina va attentamente esaminata specie a livello del fondo oltre che delle pareti. In genere i prelievi vengono effettuati a livello delle seguenti sedi: introito vaginale; a metà del canale vaginale; a livello del fornice posteriore.

I prelievi potranno essere poi colorati mediante il metodo dell'ematosilina-eosina oppure col metodo di Papanicolaou per la ricerca degli

spermatozoi. Questi possono essere meglio identificati allorché sono interi. L'assenza della coda rende necessaria una ricerca più lunga al fine di ben distinguere le teste dai residui nucleari oppure da semplici nuclei parassitari⁴⁴.

b. *Le ricerche sul sangue*: prelievi di sangue e di saliva sono effettuati sulla vittima e sul presunto aggressore al fine di precisarne il gruppo e il carattere di individuo secretore indispensabile per l'interpretazione dei risultati. In genere sul sangue si esegue la ricerca di: gruppo sanguigno; fattore Rh; VDRL; HBsAg; HIV; IgM/IgG; Beta-HCG; alcolemia; sostanze farmacologiche; stupefacenti e loro metaboliti.

L'utilizzazione delle tecniche di indagine sul DNA consente oggi di arrivare con maggior sicurezza all'identificazione del colpevole.

c. *Le ricerche sull'urina*: sono compiute al fine di reperire eventuali tracce di sostanze farmacologiche, sostanze stupefacenti e loro metaboliti, alcol, ecc.

d. *Le ricerche sulla saliva*: vengono effettuate per ricercare: gruppi secretivi; ricerca degli spermatozoi; secreto vaginale.

Da ultimo va ancora specificato che la legge 66/96 ha introdotto un nuovo accertamento sanitario obbligatorio⁴⁵ riguardante la ricerca di malattie sessualmente trasmissibili (in particolare malattie veneree o la sieropositività per l'AIDS). Così, qualora le modalità del fatto possano prospettare un rischio di contagio, il presunto reo deve sottoporsi a tale accertamento sia per salvaguardare la salute della vittima sia per l'eventuale adeguamento della pena alla gravità del fatto, oltre a permettere la richiesta di un adeguato risarcimento del danno in tale evenienza subito.

4.2. La violenza sessuale ai danni del minore

4.2.1. Introduzione

Vista l'importanza e le gravi conseguenze che ne possono derivare, sembra utile, seppur già più sopra in parte discusso, soffermarsi ulterior-

⁴⁴ N.B. Nella vagina i nemaspermi persistono pressoché intatti per un periodo di tempo di circa 24 ore. Dopo tale intervallo perdono la coda e possono essere rinvenuti nelle vie genitali anche sino a 120 ore dopo la eiaculazione.

⁴⁵ Legge 66/96, art. 16: "L'imputato per i delitti di cui agli artt. 609-bis, secondo comma, 609-bis, 609-ter, 609-quater e 609-octies del codice penale è sottoposto, con le forme della perizia, ad accertamenti per l'individuazione di patologie sessualmente trasmissibili, qualora le modalità del fatto possano prospettare un rischio di trasmissione delle patologie medesime."

mente sulla violenza sessuale attuata ai danni di soggetti minorenni e alla quale la legge 66/96 riserva ampio spazio⁴⁶.

Abusare sessualmente di minori⁴⁷, caratterizzati, a seconda dello stadio evolutivo, da più o meno accentuata immaturità psichica e fisica, dipendenza, inesperienza, inconsapevolezza delle proprie azioni e incapacità di fornire un valido, libero e consapevole consenso, significa coinvolgerli in attività sessuali che non sono ancora in grado di comprendere completamente, sia all'interno della famiglia⁴⁸ (a volte in forma di incesto, vedi oltre), sia in ambito extra-familiare⁴⁹, e da cui possono derivare conseguenze altamente dannose per un loro equilibrato ed armonico processo di crescita, sia a breve sia a lungo termine con disturbi psicopatologici più o meno rilevanti e/o comportamenti devianti⁵⁰. Il carattere abusivo di tali rapporti consiste pro-

⁴⁶ N.B. Nell'ambito della violenza sessuale ai danni dei minori va anche considerato il loro sfruttamento nell'ambito della criminalità organizzata con l'induzione alla prostituzione, la pedo-pornografia, reati che hanno trovato specifica tutela sia nella 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*", sia nella legge 6 febbraio 2006, n°38, "*Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet*". – Queste forme di violenza sessuale vengono fatte rientrare nel cosiddetto sfruttamento sessuale a fini di lucro o da parte di gruppi organizzati.

⁴⁷ N.B. Sebbene le vittime minorenni siano nella maggior parte di sesso femminile, recenti studi evidenziano come quello maschile rappresenti oltre il 15%, stima questa forse in difetto data la sua minore propensione a rivelare una violenza subita.

⁴⁸ N.B. La *violenza sessuale intra-familiare*, specie se coinvolge un minore, può essere distinta in tre sottocategorie: - *abusi sessuali manifesti*, in cui l'abusante è per lo più il padre o una persona facendone le veci (es. convivente della madre), ma può anche essere la madre, il fratello o la sorella, nonni o zii; - *abusi sessuali mascherati*, che si manifestano attraverso pratiche genitali inconsuete attuate sulla vittima (lavaggi dei genitali, ispezioni anali o vaginali, ecc.) e spesso indice di perversioni o disturbi psicotici dell'abusante; - *pseudoabusi*, in cui, per interpretazione erronea, o per idea delirante o per deliberata menzogna, viene dichiarata (dalla vittima, dal partner, ecc.) un avvenuto abuso in realtà non realizzatosi. – All'interno della cerchia familiare si consumerebbe circa il 70% dei casi, di cui oltre il 50% attuato da un membro della famiglia nucleare, e poco meno del 20% da un componente della famiglia allargata.

⁴⁹ N.B. Se la *violenza sessuale extra-familiare* è subita da un minore, questo è spesso inserito in una famiglia problematica connotata da condizioni di trascuratezza fisica e/o affettiva, ragion per cui il bambino, incapace di riconoscere eventuali pericoli, può divenire facile preda di attenzioni affettive erotizzate da parte o di persone conosciute (vicini di casa, conoscenti, ecc.), o di operatori di diverse istituzioni e organizzazioni (maestri, bidelli, assistenti di comunità, religiosi, allenatori, medici, infermieri: il cosiddetto abuso istituzionale) o di soggetti prima totalmente sconosciuti (cosiddetto abuso di strada).

⁵⁰ N.B. Riferendosi alle eventuali conseguenze derivanti da un abuso sessuale ai danni di minori, dipendenti dalla sua reiterazione, dall'età e dalla maturità psico-fisica, dal tipo di autore, dalle risorse disponibili sia alla vittima sia alla famiglia per uscire dalla situazione e superare il trauma, vi è chi parla di "*bomba ad orologeria psicologica*". Così a breve sca-

prio nello sfruttamento delle suddette condizioni di fragilità e i danni che ne possono derivare sono tanto più gravi, quanto maggiore risulta essere il legame affettivo tra vittima e autore⁵¹.

L'abuso sessuale di minori è un fenomeno diffuso in tutti i ceti sociali, ma è tuttora gravato da un elevato numero oscuro⁵², sia per la frequente mancanza di riscontri fisici direttamente obiettabili sulla vittima⁵³ che possano avvalorare una denuncia presentata, sia perché spesso non percepito, consciamente o inconsciamente, dagli adulti in contatto con il minore, sia perché quest'ultimo tende a negare o nascondere il fatto, vergognandosene o sentendosi in un qualche modo responsabile o perché viene minacciato dall'aggressore in caso di rivelazione.

4.2.2. La tutela legislativa

In riferimento ai minori la legge n°66/96 disciplina sia la violenza e gli atti sessuali con gli stessi, sia la loro corruzione.

Così già l'articolo 609-bis c.p.⁵⁴, riguardante la generale definizione di violenza sessuale, è applicabile anche alle vittime minorenni, in quanto

denza dal fatto possono palesarsi, fra altro, alterazioni della sfera emotiva e comportamentale, improvviso peggioramento del rendimento scolastico, pseudomaturità sessuale, bassa autostima, ecc.; a distanza di tempo si possono osservare fenomeni comportamentali regressivi, tendenza alla promiscuità sessuale, immagine negativa di sé e, nei casi estremi, tendenza al suicidio. A tale riguardo va comunque segnalato che, ad oggi, *non è stata identificata alcuna "sindrome clinica" specificatamente correlata ad una violenza sessuale subita*, ponendo le stesse manifestazioni conseguire a numerose altre situazioni vissute come stressanti e ansiogene dal minore (separazioni, lutti, ecc.).

⁵¹ N.B. Alcuni studi hanno evidenziato come l'autore sia per lo più maschio, di età compresa tra 31 e 50 anni, spesso celibe, se coniugato di frequente segnato da gravi problemi di coppia, scolarità medio bassa, spesso proveniente da una famiglia disgregata.

⁵² N.B. Il rapporto tra abuso non denunciato e quello denunciato differisce ampiamente nelle diverse ricerche, spaziando da 2 a 1, a 20 a 1, fino ad arrivare a 100 a 1. Forse più corrispondente alla realtà sembra essere un rapporto di 1 caso conosciuto su 10 casi rimasti nascosti. – Secondo un recente rapporto Censis, ogni anno 2 minori su 1000 subirebbero una violenza sessuale.

⁵³ N.B. La diagnosi è spesso difficoltosa specie quando l'abuso è avvenuto in modo non violento. Nemmeno la presenza di segni fisici (graffi nelle regioni genitali, corpi estranei in vagina o retto, lesioni emorragiche, infezioni sessualmente trasmissibili, ecc.) a volte depongono inequivocabilmente per un avvenuto abuso (es., potrebbero essere conseguenza di pratiche masturbatorie).

⁵⁴ Legge 66/96, art. 609-bis c.p. (*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 5 a 10 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 /.../".

soggetti in “condizioni di inferiorità fisica o psichica”, costretti a “compiere o subire”, eventualmente mediante “violenza, minaccia o abuso di autorità”, approcci di tipo sessuale, reato punito con la reclusione da cinque a dieci anni, stessa pena comminata a chi compie “atti sessuali con minorenni” di cui all’articolo 609-quater c.p.⁵⁵. La differenza tra “violenza sessuale” e “atti sessuali” consiste nel fatto che in questi ultimi non rilevano i requisiti della violenza o della minaccia, che possono non esserci, in quanto l’abusante può coinvolgere il minore in esperienze sessuali fatte, ad esempio, apparire come giochi⁵⁶.

Il legislatore, sempre all’articolo 609-quater c.p., secondo comma⁵⁷, anche considerando l’attuale precocità dei rapporti sessuali tra minorenni e riconoscendo così un loro diritto ad esprimere la propria sessualità, ha deciso di non punire, sempre che vi sia stato il consenso, l’accettazione e la reciproca disponibilità, il minorenne che compie atti sessuali con altro minore, maggiore comunque degli anni tredici, se la differenza di età fra i soggetti, attivo e passivo, non è superiore a tre anni.

Costituiscono poi, in base all’articolo 609-ter c.p.⁵⁸, circostanze aggravanti il reato, la violenza sessuale commessa ai danni di un minore degli anni quattordici o degli anni sedici qualora l’autore sia un ascendente, il genitore, anche adottivo, o il tutore, situazioni che prevedono una pena detentiva da sei a dodici anni, reclusione aumentata da sette a quattordici anni, se la vittima è minore degli anni dieci. Come già più sopra accennato, in

⁵⁵ Legge 66/96, art. 609-quater c.p. (*Atti sessuali con minorenne*): “Soggiace alla pena stabilita dall’art. 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, 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. /.../ - Nei casi di minore gravità la pena è diminuita fino a due terzi. - Si applica la pena di cui all’art. 609-ter, secondo comma, se la persona offesa non ha compiuto gli anni 10”.

⁵⁶ N.B. Il reo spesso riesce ad attirare il minore attraverso la dimostrazione di tenerezze, ascolto, ecc., situazione che può persino indurre quest’ultimo a ricercare spontaneamente il rinnovato contatto con l’abusante.

⁵⁷ Legge 66/96, art. 609-quater c.p. (*Atti sessuali con minorenne*): “/.../ Non è punibile il minorenne che, al di fuori delle ipotesi previste nell’art. 609-bis, compie atti sessuali con un minorenne che abbia compiuto gli anni 13, se la differenza di età tra i soggetti non è superiore a 3 anni./.../”

⁵⁸ Legge 66/96, art. 609-ter c.p. (*Circostanze aggravanti*): “La pena è della reclusione da 6 a 12 anni se i fatti di cui all’art. 609-bis sono commessi: - 1. nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni 14; /.../ - 5. nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni 16 della quale il colpevole sia l’ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore. - La pena è della reclusione da 7 a 14 anni se il fatto è commesso nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni 10”.

base all'articolo 609-sexies c.p.⁵⁹, il reo, che si tratti di violenza sessuale o di corruzione di minorenne, non può invocare a sua discolta l'ignoranza dell'età della vittima se inferiore degli anni quattordici.

Viene infine punito con la reclusione da sei mesi a tre anni chi compie atti sessuali in presenza di minori degli anni quattordici (mentre il reato non sussiste quando si tratta di soggetto compreso tra i quattordici e i diciotto anni) al fine di farli assistere (va dimostrato il dolo), rendendosi così responsabile di corruzione di minorenne di cui all'articolo 609-quinquies c.p.⁶⁰. Il reato di corruzione si perfeziona qualora la presenza del minore (non la sua partecipazione all'atto stesso) al compimento dell'atto sessuale è voluta dal reo. Scopo dell'articolo è quello di tutelare la libertà del minore di potere sviluppare armoniosamente la propria sfera sessuale.

4.2.3. Procedibilità e iter giudiziario

Se la violenza sessuale è commessa ai danni di un minore degli anni dieci, o quattordici o sedici, nel caso in cui l'autore ne sia un ascendente, un genitore, anche adottivo, o colui al quale sia affidato per ragioni di cura, educazione, istruzione, vigilanza o custodia, oppure nel caso in cui sussista il reato di corruzione di minorenne, a differenza della querela di parte prevista solitamente, si procede d'ufficio (art. 609-septies c.p.⁶¹), ragion per cui vi è l'obbligo del referto o denuncia di reato (vedi capitolo al riguardo).

Qualsiasi vittima della violenza sessuale viene comunque espressamente tutelata per quanto riguarda la divulgazione, anche attraverso mezzi di comunicazione di massa, delle sue generalità o della sua immagine senza il suo consenso, pu-

⁵⁹ Legge 66/96, art. 609-sexies c.p. (*Ignoranza dell'età della persona offesa*): "Quando i delitti previsti negli artt. 609-bis, 609-ter, 609-quater e 609-octies sono commessi in danno di persona minore di anni 14, nonché nel caso del delitto di cui all'art. 609-quinquies, il colpevole non può invocare, a propria scusa, l'ignoranza dell'età della persona offesa".

⁶⁰ Legge 66/96, art. 609-quinquies c.p. (*Corruzione di minorenne*): "Chiunque compie atti sessuali in presenza di persona minore di anni 14, al fine di farla assistere, è punito con la reclusione da 6 mesi a 3 anni".

⁶¹ Legge 66/96 art. 609-septies c.p. (*Querela di parte*): "I delitti previsti dagli artt. 609-bis, 609-ter e 609-quater sono punibili a querela della persona offesa. /.../ Si procede tuttavia d'ufficio: 1. se il fatto di cui all'art. 609-bis è commesso nei confronti di persona che al momento del fatto non ha compiuto gli anni 14; - 2. se il fatto è commesso 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; /.../ - 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'art. 609-quater, ultimo com".

nendo chiunque se ne renda responsabile con l'arresto da tre a sei mesi⁶².

Una volta pervenuta la notizia di reato, il Pubblico Ministero, ai sensi dell'articolo 335 c.p.p.⁶³, ha il dovere di iscriverla immediatamente nell'apposito registro custodito presso l'ufficio insieme al nome della persona alla quale il reato stesso è attribuito. Egli dovrà quindi, direttamente o a mezzo della polizia giudiziaria, svolgere le indagini preliminari, ricercando e assicurando le eventuali fonti di prova, per poi decidere se esercitare l'azione penale o avanzare richiesta di archiviazione.

Qualora il Pubblico Ministero ritenga di possedere elementi idonei a sostenere l'accusa, esercita l'azione penale, proponendo la richiesta di rinvio a giudizio, concludendo così la fase delle indagini preliminari e aprendo quella del processo con l'udienza preliminare, momento in cui l'indagato viene ad assumere formalmente la qualifica di imputato.

Se solitamente un processo si svolge a porte aperte, nel caso della violenza sessuale la vittima può chiedere che si proceda a porte chiuse anche solo per una sua parte. Nel caso in cui la vittima sia minorenni il processo si svolge invece obbligatoriamente a porte chiuse⁶⁴. In tali procedimenti non sono ammesse domande sulla vita privata o sulla sessualità della persona offesa se non sono necessarie alla ricostruzione del fatto.

⁶² Legge 66/96, art. 734-bis (*Divulgazione delle generalità o dell'immagine di persona offesa da atti di violenza sessuale*): "Chiunque, nei casi di delitti previsti dagli artt. 609-bis, 609-ter, 609-quater, 609-quinquies e 609-octies, divulghi, anche attraverso mezzi di comunicazione di massa, le generalità o l'immagine della persona offesa senza il suo consenso, è punito con l'arresto da 3 a 6 mesi".

⁶³ art. 335 c.p.p. (*Registro delle notizie di reato*): "1. Il Pubblico Ministero iscrive immediatamente, nell'apposito registro custodito presso l'ufficio, ogni notizia di reato che gli perviene o che ha acquisito di propria iniziativa nonché, contestualmente o da momento in cui risulta, il nome della persona alla quale il reato è stato attribuito. - 2. Se nel corso delle indagini preliminari muta la qualificazione giuridica del fatto ovvero questo risulta diversamente circostanziato, il pubblico ministero cura l'aggiornamento delle iscrizioni previste dal comma 1 senza procedere a nuove iscrizioni. - 3. Ad esclusione sei casi in cui si procede per uno dei delitti di cui all'art. 407, com. 2, lettera a), le iscrizioni previste dai com. 1 e 2 sono comunicate alla persona alla quale il reato è attribuito, alla persona offesa e ai rispettivi difensori, ove ne facciano richiesta. - 3bis. Se sussistono specifiche esigenze attinenti all'attività di indagine, il pubblico ministero nel decidere sulla richiesta, può disporre, con decreto motivato, il segreto sulle iscrizioni per un periodo non superiore a 3 mesi e non rinnovabile."

⁶⁴ Legge 66/96, art. 15: "All'art. 472 c.p.p., dopo il com. 3 è inserito il seguente: "3-bis. Il dibattimento relativo ai delitti previsti dagli artt. 600-bis, secondo comma, 609-bis, 609-ter e 609-octies c.p. si svolge a porte aperte; tuttavia, la persona offesa può chiedere che si proceda a porte chiuse anche solo per una parte di esso. - Si procede sempre a porte chiuse quando la parte offesa è minorenni. In tali procedimenti non sono ammesse domande sulla vita privata o sulla sessualità della persona offesa se non sono necessarie alla ricostruzione del fatto".

Il Procuratore della Repubblica, nel caso in cui si procede per fatti-reato di natura sessuale commessi in danno di minorenni, ha inoltre l'obbligo di comunicazione al Tribunale per i Minorenni (art. 609-decies c.p.⁶⁵), che potrà, a sua volta, adottare tutti i provvedimenti ritenuti essere nell'interesse del minore (allontanamento, affidamento a terzi, sospensione del rapporto genitoriale, decadenza del rapporto genitoriale, dichiarazione di stato di adottabilità nei casi di fallimento dell'intervento).

Nel caso in cui venga emessa una sentenza di condanna, sono inoltre previste pene accessorie (art. 609-nonies c.p.⁶⁶), quali la perdita della potestà genitoriale e del diritto agli alimenti, l'interdizione perpetua da qualsiasi ufficio attinenti alla tutela ed alla curatela, nonché l'esclusione dalla successioni della persona offesa.

Gli organi competenti ad emettere provvedimenti a carico del reo e a tutela della vittima minorenne sono quindi il Tribunale minorile nella funzione del Giudice minorile e il Tribunale penale nella funzione del giudice penale. In seguito ad una denuncia di violenza sessuale ai danni di minore, si assiste così all'avvio di due o, a volte, tre distinte procedure giudiziarie: quella penale, per l'accertamento della commissione di un reato di natura sessuale e l'eventuale irrogazione della pena; quella presso il Tribunale per i Minorenni, finalizzata alla protezione della vittima; quella presso il Tribunale Civile Ordinario, se i fatti emergono nel corso di un giudizio di separazione coniugale o di cessazione degli effetti civili del matrimonio, nel caso di violenze consumate nell'ambito familiare.

4.2.4. L'audizione protetta

La prova necessaria per procedere in caso di abuso sessuale ai danni di un minore, specie se attuato senza che vi siano inequivocabili segni oggettivi, si fonda spesso essenzialmente sulle sue dichiarazioni, ragion per cui la sua testimonianza può acquistare un'importanza centrale. Così la "prova" di una violenza sessuale subita si potrebbe basare sulle informazioni raccolte

⁶⁵ Legge 66/96, art. 609-decies c.p. (*Comunicazione al tribunale per i minorenni*): "Quando si procede per alcuno dei delitti previsti dagli artt. 609-bis, 609-ter, 609-quinquies e 609-octies commessi in danno di minorenni, ovvero per il delitto previsto dall'art. 609-quater, il Procuratore della Repubblica ne dà notizia al Tribunale per i Minorenni. /.../".

⁶⁶ Legge 66/96, art. 609-nonies c.p. (*Pene accessorie ed altri effetti penali*): "La condanna per alcuno dei delitti previsti dagli artt. 609-bis, 609-ter, 609-quater, 609-quinquies e 609-octies comporta: - 1. la perdita della potestà del genitore, quando la qualità di genitore è elemento costitutivo del reato; - 2. l'interdizione perpetua da qualsiasi ufficio attinente alla tutela ed alla curatela; - 3. la perdita del diritto agli alimenti e l'esclusione dalla successione della persona offesa".

te dalla vittima stessa, costretta a rievocare, anche più volte e di fronte a persone sconosciute e spesso sempre diverse, vissuti dolorosi e imbarazzanti, facendo così riaffiorare dettagli angosciosi di un evento altamente traumatico e ciò a maggior ragione se l'autore è una persona importante nella sua vita, da cui ulteriori effetti negativi sulla sua psiche.

Da tempo ormai è però noto che, oltre al danno primario derivato direttamente dalla violenza subita, la vittima può subire un danno cosiddetto secondario, conseguente al suo contatto con il sistema giudiziario, allorquando viene chiamato a dovere rendere testimonianza circa l'abuso subito.

Date queste premesse, alla finalità prima delle indagini preliminari, permettere cioè al Pubblico Ministero di valutare se sussistono elementi sufficienti per sostenere l'accusa di violenza in giudizio, si deve quindi accompagnare l'esigenza sia di tutelare la giovane vittima da ulteriori traumi psicologici sia di assicurare una corretta raccolta delle sue dichiarazioni, anche nell'ottica di evitare l'avvio di un procedimento basato su accuse infondate e che possono comportare notevoli ripercussioni negative sull'equilibrio del sistema famiglia, nonché sul presunto autore.

Al fine di limitare il più possibile il disagio del minore nell'ipotesi in cui debba testimoniare l'accaduto nell'ambito del procedimento penale si è provveduto ad inserire la metodologia della cosiddetta "*audizione protetta*", che anticipa l'attività solitamente svolta in corso di dibattimento, costituendo un procedimento probatorio speciale atto ad evitargli il trauma di dover comparire in un aula di Tribunale, salvaguardandolo così dai rischi di una vittimizzazione secondaria.

Infatti, il giudice, ai sensi dell'articolo 398, comma V bis, c.p.p.⁶⁷, se tra le persone interessate all'assunzione della prova vi sono minori degli anni sedici, stabilisce il luogo, il tempo e le modalità particolari attraverso cui procedere all'incidente probatorio⁶⁸. La raccolta delle sue testimonianze po-

⁶⁷ Legge 66/96, art. 14: “/.../ All'art. 398 c.p.p., dopo il com. 5 è aggiunto il seguente: “5-bis. "Nel caso di indagini che riguardano ipotesi di reato previste dagli artt. 609-bis, 609-ter, 609-quater e 609-octies c.p., il giudice, ove fra le persone interessate all'assunzione della prova vi siano minori di anni 16, con l'ordinanza di cui al com. 2, stabilisce il luogo, il tempo e le modalità particolari attraverso cui procedere all'incidente probatorio, quando le esigenze del minore lo rendono necessario od opportuno. - A tal fine l'udienza può svolgersi anche in luogo diverso dal tribunale, avvalendosi il giudice, ove esistano, di strutture specializzate di assistenza o, in mancanza, presso l'abitazione dello stesso minore. - Le dichiarazioni testimoniali debbono essere documentate integralmente con mezzi di riproduzione fonografica o audiovisiva. Quando si verifica una indisponibilità di strumenti di riproduzione o di personale tecnico, si provvede con le forme della perizia ovvero della consulenza tecnica. Dell'interrogatorio è anche redatto verbale in forma riassuntiva. La trascrizione della riproduzione è disposta solo se richiesta dalle parti”.

⁶⁸ N.B. L'impronta accusatoria del nostro codice di procedura penale richiede, notoriamente, che la prova debba formarsi in dibattimento durante il contraddittorio delle parti, ma

trà così svolgersi anche in luogo diverso dal Tribunale, quali strutture di assistenza specializzate o, in mancanza di queste anche nell'abitazione dei minori stessi. Solitamente è previsto il ricorso ad un ambiente specificatamente attrezzato con specchio unidirezionale, con l'intervento di un esperto di psicologia infantile, ausiliario del giudice, nonché l'irrinunciabile contestuale sostegno psicoterapeutico. Così in base all'articolo 609-decies, secondo comma, c.p.⁶⁹, al minore, in ogni fase e grado del procedimento, deve essere assicurata l'assistenza affettiva e psicologica, che può consistere nella presenza, non solo dei genitori, ma anche di altre persone idonee indicate dal minore stesso e ammesse dall'autorità che procede. La legge richiede che l'audizione protetta sia integralmente documentata con mezzi di riproduzione fonografica o audiovisiva o, nel caso di indisponibilità di strumenti di riproduzione o di personale tecnico, che si provveda con le forme della perizia o della consulenza tecnica.

5. Delitti contro la morale familiare

5.1. Incesto

5.1.1 Introduzione

Nel caso in cui rapporti sessuali con minori avvengano all'interno delle mura domestiche, possiamo essere di fronte ad incesto⁷⁰, comportamento

per evitare al minore la deposizione nel corso dello stesso, in fase di indagine, si può ricorrere allo strumento dell'incidente probatorio. - Legge 66/96, art. 13: "All'art. 392 c.p.p., dopo il com. 1 è inserito il seguente: "1-bis. - Nei procedimenti per i delitti di cui agli artt. 609-bis, 609-ter, 609-quater, 609-quinquies e 609-octies c.p. il Pubblico Ministero o la persona sottoposta alle indagini possono chiedere che si proceda con incidente probatorio all'assunzione della testimonianza di persona minore degli anni 16, anche al di fuori delle ipotesi previste dal com.1". 2. All'art. 393 c.p.p., dopo il com.2 è inserito il seguente: "2-bis. - Con la richiesta di incidente probatorio di cui all'art. 392, com. 1-bis, il Pubblico Ministero deposita tutti gli atti di indagine compiuti".

⁶⁹ Legge 66/96, art. 609-decies c.p., secondo com., (*Comunicazione 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 del 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 com. si avvale altresì l'autorità giudiziaria in ogni stato e grado del procedimento".

⁷⁰ N.B. Il termine "incesto" (dal latino "incestum": "non casto, impuro") definisce solitamente una relazione sessuale tra persone legate da vincoli di consanguineità, parentela o

sessuale percepito come aberrante, in quanto indice di grave perversimento delle normali relazioni parentali e di dissoluzione della morale familiare. Una distinzione tra violenza sessuale intrafamiliare e incesto è spesso difficoltosa, trattandosi in entrambi i casi di una pratica sessuale compiuta per lo più su un bambino da un adulto, spesso il genitore, facente parte della sua famiglia⁷¹.

Un incesto incide notevolmente sull'armonico sviluppo, specie psichico, della solitamente giovane vittima, potendo esitare in disturbi di personalità, nevrosi, psicosi, comportamenti antisociali o autolesivi.

Non vi sono dati precisi circa l'incidenza dell'incesto, di frequente rubricato e perseguito in conformità alla legge riguardante la violenza sessuale, ma le ricerche disponibili parlano di sessanta casi ogni milione di abitanti, il che significa circa 3.400 casi l'anno.

L'incesto è presente in tutti i ceti sociali, indipendente quindi da condizioni socio-economiche e ambientali particolarmente deprivate, quali situazioni di coabitazione, promiscuità o isolamento, seppure queste ultime possano costituire fattori di rischio.

A volte si suole fare una distinzione fra "incesto classico", in cui l'incesto costituisce l'unica "anomalia" riscontrata nella famiglia, situazione questa peraltro difficilmente individuabile, in quanto spesso nulla emerge all'osservazione esterna, e "incesto a problemi multipli", condizione in cui, oltre all'incesto, in famiglia sono presenti anche altre problematiche (comportamentali, economiche, ecc.) e che, proprio per queste ultime viene, a volte, scoperto più facilmente.

Spesso più che di episodi isolati, si assiste a vere e proprie "relazioni incestuose" che, secondo alcuni studi, avrebbero, mediamente, una durata fra i quattro e otto anni.

Per quanto riguarda l'eziologia di un rapporto incestuoso si pone spesso l'accento sulla cosiddetta famiglia "disfunzionale", un nucleo familiare cioè incapace di funzionare in conformità ai valori socialmente dati e inetta a perseguire le mete socialmente approvate. Un'instabilità della struttura familiare genererebbe continua incertezza nella sua capacità di soddisfare i bisogni dei propri membri e tenerli uniti, talché l'incesto non sarebbe altro che un modello transazionale, ben organizzato, avente lo scopo di mantenere l'integrità e l'esistenza stessa della famiglia, riducendone le tensioni e

affinità, ma viene oggi, a volte, anche usato per indicare relazioni intrafamiliari tra figure parentali sostitutive e/o acquisite.

⁷¹ N.B. Si suole anche fare una distinzione fra il cosiddetto "*grande incesto*", quando avviene tra persone legate da vincoli di consanguineità (padre-figlia; madre-figlio; nonno-nipoti; fratello-sorella), e "*piccolo incesto*", allorché è commesso tra persone legate da vincoli di affinità (suocero-nuora; suocera-genero; patrigno-figliastro; matrigna-figliastro).

contribuendo alla sua omeostasi e coesione. Una tale interpretazione non rende però conto di quei casi, di così frequente riscontro, in cui in realtà l'unità familiare è mantenuta dalla prepotenza, se non dal terrore esercitato sui figli.

Sono peraltro state individuate cinque situazioni facilitanti il verificarsi dell'incesto:

1. quando in famiglia esiste una "confusione dei ruoli", che talvolta trova origine in una gravidanza o in una malattia della madre, ma più frequentemente in gravi difficoltà nella relazione tra i coniugi⁷²;
2. quando la famiglia costituisce un cosiddetto "ambiente abbandonico", dove regna cioè una intesa paura di essere abbandonati e la sessualità rappresenta lo strumento estremo per evitare la temuta perdita⁷³;
3. alcune "sottoculture rurali isolate", nelle quali il controllo sociale della comunità è debole e le condizioni di vita sono caratterizzate da promiscuità, povertà, gravidanze precoci e nascite illegittime;
4. la famiglia "sessualizzata", i cui membri tendono a sessualizzare le loro reciproche relazioni per incapacità di rispettare la rispettiva privacy e di riconoscere i confini personali⁷⁴;
5. presenza di "opportunità concrete", favorite, tra l'altro, dalla prolungata permanenza del padre in casa, ad esempio, per mancanza di una stabile occupazione lavorativa⁷⁵.

L'incesto di più frequente riscontro è quello tra *padre e figlia* e ricerche al riguardo hanno portato ad individuare diverse tipologie di padri incestuosi.

Così un tale rapporto può essere interpretato come espressivo di *psicosi*, divergendo comunque ampiamente i dati forniti in questo senso dai diversi studi, spaziando dal 6, al 12 al 40%.

A volte siamo di fronte ad un *padre psicopatico*, con tratti di personalità abnormi ed in cui l'elemento culturale e quello del carattere interagiscono a render conto di un comportamento fortemente inadeguato.

⁷² N.B. La madre, depressa, spesso debole, con scarsi poteri e volontà, relegata ad un ruolo periferico e marginale, affida ad una figlia la cura della famiglia e di eventuali figli più piccoli. Si può così progressivamente sviluppare una coalizione padre-figlia, che il padre tende a sessualizzare, ponendo la figlia in una situazione di estrema vulnerabilità.

⁷³ N.B. Talvolta i genitori hanno sperimentato nell'infanzia un abbandono affettivo e l'incesto si protrae nel timore che la scoperta possa portare alla disgregazione familiare.

⁷⁴ N.B. Sebbene sia più facile riscontrare questa condizione in famiglie numerose ed in abitazioni sovraffollate, non si può escludere che essa sia presente anche in famiglie convenzionali.

⁷⁵ N.B. Il fatto che la madre possa spesso essere assente da casa e che il padre rimanga a lungo solo con la figlia può, a volte, contribuire al sorgere della relazione incestuosa.

È stato poi descritto il cosiddetto *padre-padrone*, convinto che la disponibilità sessuale dei propri figli sia uno degli aspetti della totale disponibilità che la propria famiglia gli deve⁷⁶.

Il cosiddetto *padre endogamico*, con tendenza a limitare i propri contatti sociali e sessuali alla famiglia, in quanto incapace di crearsi legami all'esterno delle mura domestiche, anche quando i rapporti con la moglie non lo soddisfano, sceglierebbe la figlia come "alternativa permessa" dalla moglie, anch'essa incapace di aprirsi all'esterno.

Altre volte si tratta di un *padre vedovo*, abbandonato o semplicemente trascurato dalla moglie, che, incapace di crearsi relazioni esterne della famiglia, vede nella figlia la naturale sostituta, che, responsabilizzata e colpevolizzata della situazione, acconsente passivamente al mortificante scambio di ruoli.

Il cosiddetto *padre razionalizzatore* (più che una tipologia, è un meccanismo giustificativo il proprio comportamento), quando messo di fronte alle proprie responsabilità, si giustifica di aver dovuto verificare la verginità della figlia, oppure "raddrizzare il sesso della figlia", favorire, cioè, un suo "normale" orientamento sessuale, oppure di averle semplicemente espresso il proprio "amore".

Più frequenti sarebbero però *padri con problemi di alcol*, dove l'etilismo non costituisce la causa, ma viene usato come giustificazione, a scopo deresponsabilizzante, per il comportamento incestuoso.

Talvolta sarebbe persino la figlia ad assumere il ruolo di soggetto attivo nel rapporto incestuoso: spinta alla gelosia dallo stesso padre, pur di allontanare quest'ultimo dalla moglie e pur di non perderlo gli si concederebbe.

L'incesto fra *madre e figlio* è meno frequente e spesso connesso a psicopatologie della genitrice.

Un rapporto incestuoso fra *fratello e sorella*, secondo alcuni studi, sarebbe perfino cinque volte più frequente di quello tra padre e figlia. Secondo alcuni studiosi un tale rapporto avrebbe ripercussioni meno traumatizzanti, in quanto non implicherebbe la dominanza di uno dei soggetti coinvolti e quindi accettato da entrambi.

⁷⁶ N.B. Un padre-padrone interpreta i rapporti familiari in termini di assoluto dominio, anzi di proprietà, e ritiene essere anche suo diritto verificare, in modo inconsueto e anomalo, l'illibatezza della propria figlia.

5.1.2. L'incesto ex articolo 564 c.p.

L'incesto è una tipologia di reato che il codice penale tiene distinto dalla violenza sessuale così come disciplinata dalla legge n°66/96, rubricandolo all'articolo 564 c.p.⁷⁷ fra i delitti contro la famiglia, in particolare contro la morale familiare, intesa come correttezza relativa alla vita sessuale dei componenti di un nucleo familiare.

Detto articolo punisce, qualora ne derivi *pubblico scandalo*, i rapporti sessuali con discendenti, ascendenti, affini in linea retta, ovvero tra fratelli, con la reclusione da uno a cinque anni, pena aumentata da due ad otto anni qualora si tratti invece di rapporti sessuali prolungati nel tempo tali da configurare una vera e propria relazione incestuosa. Nel caso in cui di detto reato si renda responsabile un genitore, la condanna comporta inoltre la perdita della patria potestà e della tutela legale.

L'elemento psicologico dell'incesto è il *dolo*, la volontà, cioè, di avere un rapporto sessuale nella consapevolezza del vincolo di consanguineità o affinità⁷⁸.

In base all'articolo 564 c.p. il reato si realizza qualora l'incesto sia causa di "pubblico scandalo", da individuarsi "*nel profondo senso di turbamento e disgusto diffusi in un numero indeterminato di persone estranee alla cerchia familiare degli incestuosi, per effetto della conoscenza della tresca dovuto ad un comportamento incauto degli incestuosi o di uno di essi e non esige che tale comportamento, ostentato o imprudente, venga manifestato direttamente in pubblico*"⁷⁹. Il pubblico scandalo è una condizione obiettiva di punibilità, che opera, quindi, indipendentemente dalla volontà dei colpevoli. Volontario, invece, affinché sia integrata la fattispecie di cui all'articolo 564 c.p., deve essere il modo in cui è commesso l'incesto, cioè il comportamento incauto dei soggetti dal quale deve causalmente discendere il pubblico scandalo.

Va ancora precisato come da un rapporto incestuoso possano derivare altri delitti, quali aborti illegali o soppressione di neonato, commessi al fine

⁷⁷ art. 564 c.p. (*Incesto*): "Chiunque, in modo che ne derivi pubblico scandalo, commette incesto con un discendente o un ascendente, o con un affine in linea retta, ovvero con una sorella o un fratello, è punito con la reclusione da 1 a 5 anni. La pena è della reclusione da 2 a 8 anni nel caso di relazione incestuosa. Nei casi preveduti dalle disposizioni precedenti, se l'incesto è commesso da persona maggiore di età con persona minore degli anni 18, la pena è aumentata per la persona maggiorenne. La condanna pronunciata contro il genitore importa la perdita della patria potestà e della tutela legale. Procedibile d'ufficio."

⁷⁸ N.B. Nel caso in cui dovesse invece realizzarsi una relazione amorosa fra fratelli ignari del loro rapporto di consanguineità (ad es. adottati da famiglie diverse), saremmo di fronte ad un cosiddetto incesto "innocente", non punibile.

⁷⁹ N.B. C. Pen. Sez. III n. 2639 del 27 febbraio 1976.

di evitare notorietà e pubblico scandalo, senza dimenticare che specie una relazione incestuosa, può aprire alla vittima la strada per la prostituzione.

6. Delitti contro la libertà morale

6.1. *Lo stalking*

Una forma di violenza che vede per lo più quale vittima la donna⁸⁰, è lo stalking (*to stalk*: “fare la posta ad una preda”), termine con il quale si devono intendere comportamenti persecutori attuati dal soggetto attivo al fine di creare nella vittima uno stato di ansia e paura, fino ad arrivare a sconvolgerne la vita.

In seguito al recente D.L. 23 febbraio 2009, n°11, tali “atti persecutori”, o molestie assillanti, configurano una vera e propria fattispecie di reato (art. 612-bis c.p.⁸¹), in quanto violano la libertà morale, ovvero la libertà di autodeterminazione della vittima.

Analizzando quanto stabilito dall’articolo del codice, il reato si caratterizza da un comportamento minaccioso o molesto reiterato nel tempo e

⁸⁰ N.B. I contesti in cui si svolgerebbe lo stalking sarebbero: 55% all’interno delle relazioni di coppia, 25% in contesti condominiali, nel 15% sul posto di lavoro/scuola/università e nello 0,5% nella famiglia. Una recente indagine ISTAT rivela come il 18,8% delle donne, fra 16 e 70 anni, abbia subito violenza fisica, sessuale o atti persecutori dall’ex-partner. Circa il 50% delle donne vittime di violenza fisica è stato anche soggetto a comportamenti persecutori, espressi o nella continua richiesta di comunicare, per telefono, con messaggi ecc., o di un appuntamento, o in appostamenti davanti casa o sul posto di lavoro, o pedinamenti, violazione del domicilio, danneggiamento di oggetti, ecc. – Circa l’80% delle vittime, in seguito allo stalking, sarebbe stato costretto a cambiare abitudine di vita; nel 50% circa dei casi la persecuzione confluirebbe in atti di violenza fisica o sessuale; nel 10% esiterebbe nell’omicidio.

⁸¹ art. 612-bis c.p. (*Atti persecutori*): “Salvo che il fatto costituisca più grave reato, è punito con la reclusione da 6 mesi a 4 anni chiunque, con condotte reiterate, minaccia o molesta taluno in modo da cagionare un perdurante e grave stato di ansia o di paura ovvero da ingenerare un fondato timore per l’incolumità propria o di un prossimo congiunto o di persona al medesimo legata da relazione affettiva ovvero da costringere lo stesso ad alterare le proprie abitudini di vita. 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. La pena 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 della legge 5 febbraio 1992, n°104, ovvero con armi o da persona travisata. Il delitto è punito a *querela della persona offesa*. Il termine per la proposizione della querela è di 6 mesi. Si procede tuttavia *d’ufficio* se il fatto è commesso nei confronti di un minore o di una persona con disabilità di cui all’art. 3 della legge 5 febbraio 1992, n°104, nonché quando il fatto è connesso con altro delitto per il quale si deve procedere d’ufficio.”

messo in atto con “qualunque mezzo”, che provoca nella vittima un “grave disagio psichico” o un “giustificato timore per la sicurezza” propria o di una persona a lei vicina, oppure pregiudica in modo rilevante il suo modo di vivere.

Sono quindi tre gli elementi costitutivi la fattispecie di reato: - la condotta tipica del reo, costituita in genere dalle classiche ipotesi delittuose di minacce⁸² e molestie⁸³; - la reiterazione nel tempo di tale comportamento, in quanto se posto in essere in un'unica occasione saremmo di fronte al reato di “minaccia” o “molestia” (ex art. 612 c.p.⁸⁴), eventualmente continuata se posta in essere più di una volta; - l’insorgenza nella vittima di un particolare stato d’animo, caratterizzato o da “*un grave disagio psichico*”⁸⁵, ovvero da “*un giustificato timore per la sicurezza personale propria o di una persona vicina*”⁸⁶, o da un rilevante pregiudizio del suo modo di vivere⁸⁷.

Affinché l’illecito in esame sussista, tutti i succitati elementi oggettivi devono integrarsi, consumandosi il reato nel momento in cui, a seguito delle sopra descritte reiterate condotte delittuose, il reo, il persecutore⁸⁸ cioè,

⁸² N.B. Sussiste la *minaccia* qualora il reo prospetti alla vittima un male futuro, turbandone così in modo grave la tranquillità.

⁸³ N.B. La *molestia* si ravvisa quando viene alterato in modo fastidioso o importuno l’equilibrio psichico di una persona media.

⁸⁴ art. 612 c.p. (*Minaccia*): “Chiunque minaccia ad altri un ingiusto danno è punito, a querela della persona offesa, con la multa fino a € 51. - Se la minaccia è grave, o è fatta in uno dei modi indicati nell’art. 339, la pena è della reclusione fino a 1 anno e si procede d’ufficio.”

⁸⁵ N.B. Con la dicitura *grave disagio psichico* si deve intendere solo ed esclusivamente una forma patologica contraddistinta dallo stress clinicamente definito grave e perdurante.

⁸⁶ N.B. Il *timore per la sicurezza propria o di una persona a lei vicina*, ricorre ogniqualvolta la vittima, a causa dei comportamenti del reo, abbia “timore” per la propria sicurezza, stato d’animo che deve essere valutato in concreto, in base a tutti gli elementi che caratterizzano la vicenda, e deve essere tale se riferito ex ante con riguardo alla valutazione di una persona media.

⁸⁷ N.B. A seguito delle condotte persecutorie, la vittima è costretta, contro la sua volontà e non potendo fare altrimenti, a modificare rilevanti e gratificanti abitudini di vita.

⁸⁸ N.B. Secondo gli studi della Sezione Atti persecutori del Reparto Analisi Criminologiche dei Carabinieri, gli stalker potrebbero inquadrarsi (a stretti, pragmatici fini di polizia) in cinque tipologie di base: il “*risentito*”, caratterizzato da rancori per traumi affettivi ricevuti da altri, a suo avviso, ingiustamente (es. un ex-partner di una relazione sentimentale) - il “*bisognoso d’affetto*”, che vuole convertire in una relazione sentimentale un ordinario rapporto della quotidianità, insistendo e facendo pressione nella convinzione di poter, prima o poi, convincere il soggetto delle sue attenzioni - il “*corteggiatore incompetente*”, la cui opera persecutoria è in genere di breve durata, con comportamenti opprimenti ed invadenti principalmente per “ignoranza” delle modalità relazionali, dunque arreca un fastidio, per così dire, preterintenzionale - il “*respinto*”, vuole sia vendicarsi dell’affronto costituito dal rifiuto subito, sia riprovare ad allestire una relazione con la vittima stessa - il “*predatore*”, il cui obiettivo è di natura essenzialmente sessuale, in quanto trae eccitazione mirando a vitt-

cagioni nella vittima uno degli eventi lesivi descritti dalla norma.

L'elemento psicologico del reato è il *dolo*, cioè la volontà e consapevolezza di porre in essere le sopra descritte condotte persecutorie, che cagionano alla vittima uno degli effetti lesivi previsti dalla norma stessa. Infatti, il dolo dell'agente è contraddistinto dalla rappresentazione specifica che, a seguito della reiterazione delle azioni delittuose predette, nella vittima si verificherà uno degli accadimenti dannosi considerati.

Sono considerate circostanze aggravanti la commissione del reato da parte del coniuge legalmente separato, o divorziato, o quando vi sia stata una relazione affettiva, se la vittima è un minore (pena aumentata fino alla metà), o se ricorrono circostanze aggravanti di cui all'articolo 339 c.p.⁸⁹ (pena aumentata fino alla metà).

Si tratta solitamente di un reato perseguibile a querela della parte offesa, querela da presentarsi entro il termine di sei mesi. Si procede tuttavia d'ufficio, se il fatto è commesso nei confronti di un minore o di persona diversamente abile, nonché in concomitanza con altro delitto procedibile d'ufficio.

In alternativa alla querela, la persona che si ritiene offesa da una condotta persecutoria che può presentare gli elementi del reato di cui all'articolo 612-bis c.p., sino a quando non decida di presentare formale querela, ha la possibilità di avanzare richiesta di ammonimento del molestatore, richiesta trasmessa senza ritardo al questore che, assunte le necessarie informazioni dagli organi investigativi e sentite le persone informate dei fatti, se ritiene fondata l'istanza, ammonisce oralmente il soggetto nei cui confronti è stato richiesto il provvedimento, invitandolo a tenere una condotta conforme alla legge e redigendo apposito verbale.

Se il soggetto ammonito continua comunque a molestare la sua vittima, contro di lui si procede d'ufficio e la pena è aumentata di almeno un terzo. Quando sussistono specifici elementi che fanno ritenere fondato il pericolo di reiterazione del reato di cui all'articolo 612-bis c.p., l'autorità di pubblica sicurezza, su autorizzazione del Pubblico Ministero che procede, diffida formalmente, notificata con le forme di cui agli articoli da 148 a 171 c.p.p., l'indagato dal compiere ulteriori atti persecutori.

La pena, salva l'applicazione di aggravanti, prevista è della reclusione

me che può possedere dopo aver loro incusso paura; è spesso pedofilo o feticista. - Vi sono però anche soggetti portatori di *disturbi mentali* (spesso disturbo borderline di personalità), convinti, in modo quasi delirante, di avere effettivamente una relazione con la vittima.

⁸⁹ art. 339 c.p. (*Circostanze aggravanti*): "Le pene stabilite nei tre artt. precedenti sono aumentate se la violenza o la minaccia è commessa con armi, o da persona travisata, o da più persone riunite, o con scritto anonimo, o in modo simbolico, o valendosi delle forze intimidatrici derivanti da segrete associazioni, esistenti o supposte /.../."

da sei mesi a quattro anni. Tuttavia, se il molestatore si spinge fino all'omicidio della vittima la pena è dell'ergastolo.

7. Delitti contro il patrimonio mediante frode

7.1. Circonvenzione di persone incapaci

La “circonvenzione di persone incapaci”, di cui all'articolo 643 c.p.⁹⁰, costituisce un reato la cui vittima è spesso l'anziano⁹¹, ma non solo.

Sussiste circonvenzione di incapace, allorquando l'agente, abusando dei bisogni, delle passioni o dell'inesperienza di un minore, ovvero dello stato di infermità⁹² o deficienza psichica⁹³ di una persona (non necessariamente

⁹⁰ art. 643 c.p. (*Circonvenzione di persone incapaci*): “Chiunque, per procurare a sé o ad altri un profitto, abusando dei bisogni, delle passioni o della inesperienza di una persona minore, ovvero abusando dello stato di infermità o deficienza psichica di una persona, anche se non interdetta o inabilitata, la induce a compiere un atto, che importi qualsiasi effetto giuridico per lei o per altri dannoso, è punito con la reclusione da 2 a 6 anni e con la multa da € 206 a € 2.065. Procedibilità d'ufficio.”

⁹¹ N.B. La particolare vulnerabilità dell'anziano a divenire vittima del reato di circonvenzione può derivare sia da un quadro clinico caratterizzato da semplice invecchiamento cerebrale, sia da complicità degenerative o vascolari, situazioni che possono renderlo facile vittima sia di pressioni provenienti dall'ambiente familiare e/o esterno, sia di suggestioni, rischio ancora maggiore se vi è anche labilità emotiva, o stati d'ansia. – Date le sue peculiari caratteristiche di “fragilità”, oltre alle sopra descritte forme di violenza (fisica, psicologica, sessuale), l'anziano è a rischio di subire *abuso finanziario*, attraverso la sottrazione, impiego disonesto o amministrazione negligente del suo denaro e/o proprietà, o *violazione dei diritti*, quando, ad es., contro il suo volere, viene allontanato e abbandonato dal nucleo familiare mediante istituzionalizzazione, quando subisce restrizione della libertà personale o imposizione di trattamenti sanitari, ecc.

⁹² Def. Per *infermità psichica* si deve intendere una condizione derivante da una causa patologica, che può anche non escludere totalmente la capacità del soggetto, o non essere permanente, ma deve essere tale da influire sulle capacità di resistere ad uno stimolo particolare ricevuto. Problemi possono sorgere quando si tratta di valutare un soggetto anziano, in cui è a volte ardua la differenziazione tra significato patologico e fisiologico dei disturbi involutivi legati all'età (disturbi mnesici, volitivi e logici). Così, caso per caso, va stabilito se la sua condizione risulta essere un “normale” modo di essere in relazione all'età o se assume valore patologico, influenzando quindi sulle sue capacità di comprensione e scelta, rendendolo eventualmente circonvenibile.

⁹³ Def. Per aversi *deficienza psichica*, il legislatore non richiede la sussistenza di un vero e proprio deficit intellettuale, facendo invece riferimento a condizioni variegata, di carattere sociale, culturale o ambientale, e in relazione alle quali la vittima, anche senza essere portatrice di condizioni patologiche, può divenire sensibile ad azioni di abuso e induzione da parte di terzi (analfabeti, indebolimenti delle capacità di critica, volitive, fragilità, stati di astinenza da sostanze, ecc.).

interdetta o inabilitata), la induce a compiere atti che importino effetti giuridici per lei o per altri dannosi, ma dai quali il reo, o altri, trae un profitto.

Scopo dell'articolo è quello di tutelare soggetti particolarmente vulnerabili, sia dal punto di vista economico sia esistenziale, in quanto il soggetto attivo approfitta delle particolari condizioni della vittima al fine di ottenere un consenso, che in assenza della minorazione non sarebbe stato prestato. Siamo quindi di fronte a situazioni in cui si incontrano due volontà, quella del reo e quella della vittima, che esprime sì una volontà, ma viziata a causa della infermità o deficienza psichica, condizione di cui l'agente è consapevole e di cui approfitta.

La circonvenzione di incapace è un *reato cosiddetto di pericolo*, che si realizza nel momento in cui è compiuto l'atto che *può* produrre qualsiasi effetto dannoso per la vittima o per altri.

Sono due i presupposti necessari per la sussistenza del reato: - la presenza o della minore età (ritenuta aprioristicamente come circonvenibile) o di una condizione di infermità o deficienza psichica della vittima (condizioni queste da accertarsi caso per caso⁹⁴), situazioni tali da influire negativamente sulle capacità di comprensione e volitive; - esistenza di una relazione tra vittima e autore, in cui la prima ha compiuto date azioni in seguito a pressioni⁹⁵ esercitate dal secondo.

Dati questi requisiti, il reo, avendo riconosciuto sia la suggestionabilità della vittima sia la vulnerabilità da questa derivante, dopo aver identificato il modo in cui trarne profitto, mette *dolosamente* in atto un'azione di abuso⁹⁶ e induzione⁹⁷ al fine di concretizzare il proprio scopo delittuoso. Per realizzarsi il reato, la condizione di infermità o deficienza psichica devono

⁹⁴ N.B. L'analisi richiesta per la valutazione circa la presenza nella vittima di una condizione di infermità o deficienza psichica verte in primo luogo sull'accertamento della sussistenza o meno della stessa al momento del verificarsi del fatto; se tale condizione era presente, va verificato se la stessa era tale da essere stata, o meno, facilmente riconoscibile da parte di terzi, in quanto solo allora il reo può essere accusato di averne approfittato e abusato per i suoi scopi.

⁹⁵ N.B. La nozione *pressione* sta ad indicare iniziative, diverse dalle minacce o dell'uso della forza, finalizzate a piegare la libertà decisionale della vittima. Il reo farà così uso di lusinghe, consigli, blandizie, esortazioni, ecc.

⁹⁶ N.B. L'*abuso*, in questo contesto, non significa tanto l'utilizzo di mezzi di coartazione e di captazione della volontà della vittima, quanto piuttosto il riconoscimento da parte del reo delle condizioni di inferiorità e suggestionabilità, da cui una minorata resistenza psichica, della stessa e di cui egli approfitta.

⁹⁷ N.B. L'*induzione* consegue al riconoscimento della particolare vulnerabilità della vittima e si attua attraverso una qualsiasi attività idonea a portare la vittima a prestare il consenso al compimento di un atto giuridico che rappresenta l'obiettivo del reo. In sintesi si tratta di un qualsiasi comportamento atto a sottomettere la volontà della vittima a quella del reo.

inoltre risultare evidenti e tali da essere riconoscibili da una qualsiasi persona “media”, che così ne approfitta volontariamente e consapevolmente, al fine di trarne un ingiusto profitto. Senza la chiara riconoscibilità delle condizioni di infermità o deficienza psichica, il reato non sussiste.

Si tratta di un reato procedibile d’ufficio, punito con una pena da due a sei anni di reclusione oltre ad una multa.

Tabella riassuntiva
Procedibilità di alcuni reati contro il soggetto fragile

Articoli del codice penale	Procedibilità
Art. 571 c.p. “Abuso di mezzi di disciplina o correzione”	D’ufficio
Art. 572 c.p. “Maltrattamento in famiglia”	D’ufficio
Art. 609-bis c.p. “Violenza sessuale”:	Di norma a querela (non revocabile), entro i sei mesi D’ufficio se il fatto è compiuto: - 1. ai danni di un minore di 14 anni; - 2.. da un ascendente, un genitore, anche adottivo, dal coniuge o convivente di essi, da adulto cui il minore è affidato per ragioni di cura, educazione, istruzione, vigilanza, custodia; - 3. da pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio nell’esercizio delle sue funzioni; - 4. fatto che concorre con altro procedibile d’ufficio.
Art. 609-quarter c.p. “Atti sessuali con minorenne”:	D’ufficio se il fatto è compiuto: - 1. ai danni di minore di anni 10; - 2. da un ascendente, da un genitore, anche adottivo, dal coniuge o convivente di essi, da adulto cui il minore è affidato per ragioni di cura, educazione, istruzione, vigilanza, custodia; - 3. da pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio nell’esercizio delle sue funzioni; - 4. fatto che concorre con altro procedibile d’ufficio.
Art. 609-quarter c.p.” Rapporti sessuali tra minori”	Di norma a querela, non revocabile, nei casi che non rientrano nell’ipotesi di non punibilità.
Art. 609-quinquies c.p. “Corruzione di minorenne”:	D’ufficio
Art. 609-octies c.p. “Violenza sessuale di gruppo”	D’ufficio
Art. 564 c.p. “Incesto”	D’ufficio
Art. 612 bis “Atti persecutori” (Stalking)	Di norma a querela, entro sei mesi D’ufficio se attuato nei confronti: - di minore, - disabile, - se commesso con altro delitto procedibile d’ufficio, - è commesso da soggetto ammonito
Art. 643 c.p. “Circonvenzione di persone incapaci”	D’ufficio

2. La tutela del sofferente psichico

1. Introduzione

Fino al 1978, in Italia vigeva la legge cosiddetta Giolitti, del 14 febbraio 1904, n°36, "*Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*", che disponeva, all'articolo 1, come dovevano essere custodite e curate nei manicomi le persone affette da alienazione mentale, qualora fossero pericolose a sé o agli altri o riuscissero di pubblico scandalo.

L'“alienazione mentale” era intesa come una malattia psichica necessitante provvedimenti obbligatori di natura sia assistenziale sia cautelativa di custodia. L'intervento era dunque duplice: quello sanitario, diretto alla cura della malattia psichica, e quello di pubblica sicurezza, inteso a garantire l'ordine pubblico e l'incolumità collettiva eventualmente minacciati dagli eccessi del “folle pericoloso”, ivi compresa la prevenzione dalla commissione di eventuali reati.

Un primo passo verso l'innovazione, ci fu con la legge n°431 del 18 marzo 1968 riguardante l'assistenza psichiatrica, con la quale ci fu un riordinamento degli organici degli ospedali psichiatrici e si autorizzava il ricovero volontario del malato su semplice richiesta del medico di guardia, superando in tal modo il ricovero tramite disposti di autorità o coattivi. Si vietava inoltre la registrazione del ricovero di autorità nel certificato del casellario giudiziario, previsto invece nella precedente legge n°36 e regolamentata nel 1909, al fine di togliere un ostacolo al reinserimento sociale e lavorativo dei malati dimessi e guariti o solo stabilizzati.

2. La legge 13 maggio 1978, n°180

Nel 1978, in coincidenza con una grande attenzione sociale e politica nei confronti della tutela della salute come diritto costituzionale di ogni cit-

tadino, venne approvata la legge 13 maggio 1978, n°180, "*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*", legge poi integralmente trasferita negli articoli 33, 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n°833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (vedi capitolo a riguardo).

Occorre, infatti, ricordare che nei confronti della malattia mentale emergevano due approcci scientifico-culturali contrastanti, uno prevalentemente *organicista* e il secondo *ambientalista*.

L'approccio organicistico considera la malattia mentale e i disturbi del comportamento in termini di malattia del cervello, facendo coincidere le malattie mentali con turbe organiche, posizione riconducibile in gran parte al fatto che la psichiatria moderna si è sviluppata dalla neurologia.

Secondo altri psichiatri, "ambientalisti" (in Italia fu Franco Basaglia a organizzare questa corrente di pensiero), il disturbo mentale rappresenta invece una malattia "sociale" legata in parte all'oppressione esperita dal soggetto e consistente in una reazione di rivolta ad una situazione definita e vissuta come intollerabile.

Una mediazione tra le due teorie postula che in condizioni stressanti o di disagio sociale il sistema nervoso, eventualmente predisposto, presenta risposte biochimiche alterate alla base di comportamenti atipici, inizialmente scatenati da un fattore di natura ambientale, ma in seguito sostenuti da cause organiche.

Va anche ricordato che, perdurando la legislazione manicomiale custodialistica, intervenne un radicale cambiamento nella dottrina psichiatrica grazie alla fondamentale scoperta (degli anni cinquanta) degli psicofarmaci. L'applicazione terapeutica di questa nuova categoria di farmaci, incisiva profondamente sul comportamento di molti malati psichiatrici, consentendone il relativo controllo e rendendo quindi obsoleta la vecchia strutturazione dell'ospedale psichiatrico-manicomio che pure fino a quel momento, proprio attraverso la sua attività custodialistica, aveva rappresentato l'unico presidio possibile.

La legge n°180 del 13 maggio 1978, "*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*", disciplina sia i provvedimenti dei ricoveri urgenti in ospedale per malattia mentale, sia l'assistenza psichiatrica non urgente ospedaliera ed extraospedaliera, nonché gli altri trattamenti volontari e obbligatori. Con tale legge, anche il malato psichico, salvo casi eccezionali, può richiedere autonomamente di essere curato presso i presidi che ritiene essergli giovare, trattamenti da attuarsi, come per ogni altro malato, dopo adeguata informazione cui deve seguire un consenso.

2.1. Le innovazioni apportate dalla legge n°180/78

Con la legge 180 venivano abrogate alcune norme del codice civile, del codice penale e della legge elettorale, in quanto contrastanti con le nuove disposizioni. Così tale legge: - depenalizza la malattia mentale, dapprima sottoposta all'autorità giudiziaria (Procura della Repubblica); - inserisce il pur a volte necessario intervento terapeutico coattivo per malattia mentale all'interno del regime giuridico dei restanti interventi sanitari obbligatori (vaccinazioni, interventi previsti per le malattie infettive e diffuse in fase contagiosa, ecc. vedi capitolo al riguardo); - colloca l'intervento di ricovero ospedaliero per malattia mentale all'interno degli ordinari ospedali generali per fare cessare la stigmatizzazione del ricovero in un ospedale specializzato e separato; - avvicina le strutture per la diagnosi e la cura dei pazienti psichiatrici ai loro luoghi di residenza; - affianca alle necessarie strutture ospedaliere altre strutture di tipo intermedio e territoriale, idonee a fornire una più adeguata risposta alle differenti patologie psichiatriche.

Lo scopo principale della riforma psichiatrica è stato quindi quello di inserire l'assistenza del malato di mente all'interno del S.S.N. in modo da eliminare, pur nella specificità delle misure terapeutiche, ogni forma di discriminazione e di segregazione con soppressione dei manicomi per facilitare il reinserimento sociale del paziente, rafforzando anche gli interventi preventivi. L'assistenza viene così di norma effettuata con trattamenti territoriali e solo in caso di necessità o di urgenza viene previsto il ricorso al ricovero nelle strutture ospedaliere¹. Il malato psichico viene quindi equiparato a qualsiasi altro malato, ponendo in primo piano la cura e non la custodia, vigilanza o difesa sociale.

2.2. Requisiti per l'attuazione di un trattamento sanitario obbligatorio

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori attuati in ambito psichiatrico in condizioni di degenza ospedaliera (disciplinati dagli artt. 34 e 35 della legge 833/78), possono essere disposti solo quando *contemporaneamente*

¹ Legge 833/78, art. 34 (*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale*): "La legge regionale nell'ambito dell'unità sanitaria locale e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, disciplina l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale. Le misure di cui al II com. dell'art. precedente possono essere disposte nei confronti di persone affette da malattia mentale. Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relative alle malattie mentali sono attuate di norma dai servizi e presidi territoriali extra-ospedalieri di cui al I com. /.../".

neamente - esistono alterazioni psichiche tali da considerare necessari interventi terapeutici urgenti; - non sia possibile adottare tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere; - il paziente non accetta di essere trattato².

L'obbligatorietà cessa qualora il ricovero urgente avvenga col consenso del paziente, capace di autodeterminarsi.

L'urgenza del ricovero è motivata dalla cura della malattia psichica e viene omesso ogni riferimento alla "pericolosità", che era invece il presupposto del passato regime. Il fine del trattamento sanitario obbligatorio deve essere quindi quello curativo e di recupero nell'esclusivo vantaggio e interesse del paziente.

Tuttavia, motivi concreti di pericolosità continuano ad esistere nel malato di mente che può mostrare tendenze auto- o eteroaggressive, tanto che l'urgenza è conseguenza non rara del comportamento violento del malato, rimanendo quindi, a volte, incerti i limiti di competenza tra interventi sanitari obbligatori e misure di polizia dirette ad impedire la commissione di reati.

2.3. Procedura e durata del trattamento sanitario obbligatorio

La legge stabilisce la procedura e i tempi del trattamento obbligatorio nel modo seguente (vedi anche art. 33, legge 833 disciplinante altri TSO)³:

1.) la *proposta di ricovero motivata del medico* che contiene il riscontro di una condizione della patologia mentale che non può essere curata a domicilio o in altro luogo di cura territoriale, ma richiede un trattamento urgente in ospedale. L'accertamento preliminare e diretto delle alterazioni psichiche è obbligatorio e può essere omesso dal sanitario solo in circostanze eccezionali, quando, ad esempio, la persona è inavvicinabile perché in preda a delirio furioso o si è barricato in casa. L'esistenza dello stato di necessità che determina la richiesta di ricovero ospedaliero urgente non può prescindere dalla ricerca del consenso del paziente, tranne la presenza di un turbamento della coscienza tale da impedire al malato di esprimere un vali-

² Legge 833/78, art. 34 (*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale*): “/.../ Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera sole se esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengono accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra-ospedaliere./.../”.

³ N.B. L'obbligo di seguire le rigorose modalità attuative un T.S.O. è peraltro previsto anche nel CdMC all'art. 74.

do consenso. La segnalazione al Sindaco e la proposta di trattamento urgente ospedaliero deve essere motivata dal medico, sotto la propria responsabilità, mediante adeguata certificazione.

2.) La *convalida del medico pubblico*, dipendente dalla ASL, ha lo scopo di verificare se la proposta del ricovero fatta dal primo medico sia giustificata, sia cioè esente da eventuali errori diagnostici o frutto di abusi⁴. Vanno respinte le proposte di ricovero urgente non adeguatamente motivate, nelle quali sono formulate semplici definizioni diagnostiche e mancano sia l'esposizione delle notizie cliniche relative al comportamento del paziente sia l'indicazione delle circostanze che rendono necessario il trattamento urgente in ospedale. L'incompletezza delle motivazioni deve essere rilevata dal sanitario pubblico di controllo, il quale risponde di eventuali omissioni di atti di ufficio (art. 328 c.p.)

3.) Il *provvedimento del Sindaco* è l'atto che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizione di degenza ospedaliera. L'ordinanza deve tenere conto delle motivazioni contenute nella proposta del primo medico e della convalida della proposta stessa del medico della struttura pubblica. Tale ordinanza non è un puro atto burocratico, bensì un provvedimento amministrativo, adottato dal Sindaco in qualità di autorità sanitaria locale, sul quale egli è chiamato per legge a pronunciarsi responsabilmente⁵.

4.) La *notifica al Giudice tutelare*, cioè al Pretore della circoscrizione in cui rientra il Comune, deve avvenire entro quarantotto ore dal ricovero, mediante la trasmissione della ordinanza unitamente alle due certificazioni mediche. L'intervento del Giudice tutelare, previsto dalla legge, ha lo scopo di conferire ulteriore garanzia al trattamento obbligatorio, a una misura cioè di carattere sanitario eccezionale, sulla cui legittimità l'Autorità giudiziaria è chiamata a esprimere il proprio assenso caso per caso⁶. Assunte le infor-

⁴ Legge 833/78, art. 34 (*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale*): “/.../ Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui al III comma dell’art. 33 da parte di un medico della unità sanitaria locale e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel presente comma. Nei casi in cui al precedente comma, il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali, in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura all’interno di strutture dipartimentali per la salute mentale comprendenti anche i presidi e i servizi extra-ospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica. I servizi ospedalieri di cui al presente comma sono datati di posti letto nel numero fissato dal piano sanitario regionale.”

⁵ N.B. In tal senso occorre che in ogni Comune vi sia la pronta reperibilità del Sindaco o degli Assessori da lui delegati alla firma, nonché quella del personale amministrativo che renda esecutiva l'ordinanza nei modi e nei tempi previsti per qualsiasi evenienza.

⁶ N.B. Il T.S.O. disposto nei confronti di un *minorenne* può presentare qualche divergenza. Infatti, il minore può accettare il ricovero urgente, ma i genitori sono contrari al trattamento proposto, o il minore dissente dal subire cure urgenti, cui i genitori avevano consen-

mazioni necessarie, il Giudice tutelare, entro quarantotto ore, convalida o non convalida il provvedimento e comunica le proprie decisioni al Sindaco, il quale, se manca la convalida, dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio già iniziato⁷. Contro il provvedimento convalidato dal Giudice tutelare, il malato o chiunque vi abbia interesse può proporre ricorso al Tribunale competente per territorio.

5.) Il *prelievo e il trasporto* del malato di mente sottoposto al trattamento sanitario obbligatorio è regolato in diverso modo, tenuto presente che non tutti i T.S.O. hanno un carattere coattivo. Quando la coazione si rende necessaria (la "cattura" del malato) a ciò provvedono i vigili urbani, quali agenti di polizia municipale, di cui dispone il Sindaco per dare esecuzione, anche forzata, ai propri provvedimenti. Qualora, invece, l'atteggiamento del malato di mente non si limiti alla resistenza passiva, ma sconfini nell'aggressività che faccia supporre come probabile e imminente la commissione di un reato o di un grave turbamento dell'ordine pubblico, si rende inevitabile l'intervento delle forze di pubblica sicurezza.

6.) La *durata del trattamento* sanitario obbligatorio è di regola di sette giorni (può però anche cessare prima di tale termine, e cioè nel momento in cui il paziente, rendendosi conto della necessità delle cure, acconsente al trattamento stesso). Questo termine non è stato fissato dalla legge per motivi clinici, perciò, nel caso fosse necessario un *prolungamento* della degenza, il medico del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) deve formulare in tempo utile una proposta motivata al Sindaco indicando l'ulte-

timo. In tali casi il medico deve formalizzare la procedura nelle forme già dette, specificando in dettaglio la motivazione. Trattandosi di un minore, al provvedimento è interessato in modo specifico il Giudice tutelare, che decide nell'interesse esclusivo del minore stesso.

⁷ Legge 833/78, art. 35 (*Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale e tutela giurisdizionale*): "Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, da emanarsi entro 48 ore dalla convalida di cui all'art. 34, IV comma, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'art. 33, III com., e della suddetta convalida deve essere notificato, entro 48 ore, dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il Comune. Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera. Se il provvedimento di cui al I com. del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di quest'ultimo comune, nonché al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza. Se il provvedimento di cui al I com. del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri e di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno, e al consolato competente, tramite prefetto./.../"

riore durata presumibile del trattamento stesso. Il Sindaco ne dà comunicazione al Giudice tutelare seguendo la stessa procedura prevista per il primo ricovero urgente⁸.

La *dimissione* del ricoverato segue la stessa procedura. Il sanitario responsabile del servizio psichiatrico comunica al sindaco la cessazione delle condizioni che rendevano obbligatorio il trattamento ospedaliero. Il Sindaco, entro quarantotto ore, ne dà notizia al Giudice tutelare.

L'assistenza del paziente sottoposto a T.S.O. richiede una particolare attenzione, ad esempio, per quanto riguarda la soddisfazione dei suoi bisogni, nonché l'attenta vigilanza affinché non possa nuocere a sé o ad altri. Una assistenza carente o omissiva potrebbe, infatti, configurare diverse ipotesi di reato di cui l'operatore sanitario potrebbe dover rispondere quali: omicidio colposo (art. 589 c.p.); lesioni personali colpose (art. 590 c.p.); abbandono di persone minori o incapaci (art. 591 c.p.); abuso di mezzi di correzione o di disciplina (art. 571 c.p.); maltrattamenti in famiglia o verso i fanciulli (art. 572 c.p.)⁹ o omissione di soccorso (art. 593 c.p.) (per approfondimenti si rimanda ai capitoli specifici).

3. Amministrazione di sostegno

di *Davide Torri*

3.1. Dell'amministrazione di sostegno

La Legge 9 gennaio 2004, n°6¹⁰, introduce nel libro primo, titolo XII, del Codice Civile, il Capo I, relativo all'istituzione dell'Amministrazione di Sostegno (A.d.S.).

⁸ Legge 833/78, art. 35 (*Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale e tutela giurisdizionale*): “/.../ Nei casi in cui il trattamento sanitario debba protrarsi oltre il VII giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico dell'unità sanitaria locale è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al I e II com. del presente articolo, indicando l'ulteriore durata presumibile del trattamento stesso. /.../”

⁹ N.B. Queste ultime due ipotesi di reato possono ad esempio essere contemplate nel caso di eccessivo uso dei mezzi di contenzione, mezzi da usarsi unicamente in situazioni estreme, come peraltro raccomandato da alcuni codici di deontologia. - *Contenzione*: CdMC art. 51 - CdInf art. 30.

¹⁰ Legge 9 gennaio 2004, n°6, "Introduzione nel libro primo, titolo XII, del codice civile del capo I, relativo all'istituzione dell'amministrazione di sostegno e modifica degli articoli

Fine dichiarato di detta legge è quello di “*tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente*”¹¹, modificando così alcuni articoli relativi all'interdizione ed inabilitazione¹² (vedi capitolo a riguardo), sostituendo la rubrica del titolo XII del libro primo del codice civile con la seguente “*Delle misure di protezione delle persone prive in tutto od in parte di autonomia*”, ed infine mettendo la premisione, nel titolo XII del libro primo del codice civile, del “*Capo I “Dell'amministrazione di sostegno*”.

Stante l'entrata in vigore della suddetta, l'articolo 404 c.c., “*Amministrazione di sostegno*”, dispone che “*La persona che, per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nella impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi, può essere assistita da un amministratore di sostegno, nominato dal giudice tutelare del luogo in cui questa ha la residenza o il domicilio.*”

Da ciò si evince come, nelle intenzioni del legislatore, il provvedimento dell'A.d.S. sia inteso a proteggere quegli individui impediti a provvedere ai propri interessi a causa di infermità o menomazioni di natura sia fisica sia psichica, anche a carattere transitorio.

Il significato di tale formulazione può essere peraltro pienamente compreso soltanto confrontando le disposizioni relative all'A.d.S. con quelle riguardanti gli istituti dell'interdizione (art. 414 c.c.) e dell'inabilitazione (art. 415 c.c.).

L'applicazione della misura d'interdizione è, infatti, subordinata al riscontro di un'infermità che deve anzitutto riguardare le facoltà mentali del soggetto, e deve altresì presentare i caratteri dell'abitudine (vedi capitolo riguardante “interdizione”).

Il provvedimento dell'inabilitazione trova poi i propri presupposti in un'infermità di mente meno grave di quella necessitante per l'interdizione ma anche nella sussistenza di condizioni patologiche o modalità di comportamento pericolose per l'individuo, ben circoscritte ed espressamente individuate dal legislatore stesso (vedi capitolo riguardante “inabilitazione”).

Da ciò risulta evidente come l'elemento di novità introdotto dall'articolo 404 c.c. sia l'estensione della necessità di protezione anche a quegli individui la cui capacità di provvedere ai propri interessi sia derivante non già

388, 414, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 del codice civile in materia di interdizione e di inabilitazione, nonché relative norme di attuazione, di coordinamento e finali”.

¹¹ Legge 6/2004, art. 1.

¹² N.B. Artt. 388, 414, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 c.c. in materia di interdizioni e di inabilitazione, nonché relative norme di attuazione, di coordinamento e finali.

soltanto da infermità mentale o altro status specificamente inquadrabile, bensì da qualsivoglia accidente che ne pregiudichi l'integrità indifferentemente fisica o psichica.

Si noti inoltre come sia ammessa, quale condizione idonea a richiedere la nomina di un amministratore di sostegno, la sussistenza di un'inabilità a curare i propri interessi anche soltanto parziale o temporanea, ovvero derivante da situazioni d'infermità o menomazione anche contingenti.

Già da quanto sin qui ricordato emerge quindi come l'istituto dell'A.d.S. non possa considerarsi ad alcun titolo sovrapponibile, nemmeno in parte, ai provvedimenti d'interdizione ed inabilitazione, andando al contrario a tutelare situazioni di sofferenza i cui protagonisti non avrebbero potuto usufruire delle forme di protezione precedentemente contemplate dal codice civile.

3.2. Procedura di nomina, requisiti e compiti dell'amministratore di sostegno

All'articolo 405 c.c.¹³ sono normate le modalità ed i tempi di nomina dell'amministratore di sostegno, nonché la durata dell'incarico. La persona fatta oggetto del provvedimento di protezione è indicata come "*beneficiario*".

¹³ Legge 6/2004, art. 405 c.c. (*Decreto di nomina dell'amministratore di sostegno. Durata dell'incarico e relativa pubblicità*): "Il giudice tutelare provvede entro sessanta giorni dalla data di presentazione della richiesta alla nomina dell'amministratore di sostegno con decreto motivato immediatamente esecutivo, su ricorso di uno dei soggetti indicati nell'art. 406. Il decreto che riguarda un minore non emancipato può essere emesso solo nell'ultimo anno della sua minore età e diventa esecutivo a decorrere dal momento in cui la maggiore età è raggiunta. Se l'interessato è un interdetto o un inabilitato, il decreto è esecutivo dalla pubblicazione della sentenza di revoca dell'interdizione o dell'inabilitazione. Qualora ne sussista la necessità, il giudice tutelare adotta anche d'ufficio i provvedimenti urgenti per la cura della persona interessata e per la conservazione e l'amministrazione del suo patrimonio. Può procedere alla nomina di un amministratore di sostegno provvisorio indicando gli atti che è autorizzato a compiere. Il decreto di nomina dell'amministratore di sostegno deve contenere l'indicazione: 1) delle generalità della persona beneficiaria e dell'amministratore di sostegno; 2) della durata dell'incarico, che può essere anche a tempo indeterminato; 3) dell'oggetto dell'incarico e degli atti che l'amministratore di sostegno ha il potere di compiere in nome e per conto del beneficiario; 4) degli atti che il beneficiario può compiere solo con l'assistenza dell'amministratore di sostegno; 5) dei limiti, anche periodici, delle spese che l'amministratore di sostegno può sostenere con utilizzo delle somme di cui il beneficiario ha o può avere la disponibilità; 6) della periodicità con cui l'amministratore di sostegno deve riferire al giudice circa l'attività svolta e le condizioni di vita personale e sociale del beneficiario. - Se la durata dell'incarico è a tempo determinato, il giudice tutelare può prorogarlo con decreto motivato pronunciato anche d'ufficio prima della scadenza del termine. Il decreto di apertura dell'amministrazione di sostegno, il decreto di chiusura ed ogni altro provvedimento assunto dal giudice tutelare nel corso dell'amministrazione di sostegno de-

È qui stabilito che il Giudice Tutelare provveda alla nomina dell'amministratore di sostegno entro sessanta giorni dalla presentazione della richiesta, con decreto motivato ed immediatamente esecutivo. È altresì previsto che, qualora ciò si rendesse necessario, il Giudice possa adottare anche d'ufficio provvedimenti urgenti e nominare un amministratore di sostegno provvisorio¹⁴.

L'A.d.S. si pone pertanto come provvedimento di pronta istruzione ed immediata applicabilità, prestandosi vieppiù ad un utilizzo in condizioni d'urgenza, laddove un rischio oggettivo rendesse imperativo proteggere immediatamente gli interessi della persona.

Il codice contiene, inoltre, una puntuale enumerazione delle informazioni che devono, inderogabilmente, essere presenti nel decreto di nomina dell'amministratore di sostegno: 1) le generalità della persona beneficiaria e dell'amministratore di sostegno; 2) la durata dell'incarico, che può essere anche a tempo indeterminato; 3) l'oggetto dell'incarico e degli atti che l'amministratore di sostegno ha il potere di compiere in nome e per conto del beneficiario; 4) gli atti che il beneficiario può compiere solo con l'assistenza dell'amministratore di sostegno; 5) i limiti, anche periodici, delle spese che l'amministratore di sostegno può sostenere con utilizzo delle somme di cui il beneficiario ha o può avere la disponibilità; 6) la periodicità con cui l'amministratore di sostegno deve riferire al giudice circa l'attività svolta e le condizioni di vita personale e sociale del beneficiario.

Troviamo al punto 2) ulteriore conferma di quanto affermato all'articolo 404 c.c.: essendo infatti l'istituto dell'A.d.S. inteso a proteggere la persona incapace di provvedere ai propri interessi anche solo temporaneamente, la durata del provvedimento stesso dovrà essere parametrata su di una valuta-

vono essere immediatamente annotati a cura del cancelliere nell'apposito registro. Il decreto di apertura dell'amministrazione di sostegno e il decreto di chiusura devono essere comunicati, entro dieci giorni, all'ufficiale dello stato civile per le annotazioni in margine all'atto di nascita del beneficiario. Se la durata dell'incarico è a tempo determinato, le annotazioni devono essere cancellate alla scadenza del termine indicato nel decreto di apertura o in quello eventuale di proroga.”

¹⁴ N.B. Viene segnalato come tale facoltà concessa al Giudice trovi peculiare applicazione nell'ambito della prestazione del consenso ad atti diagnostici o chirurgici urgenti da parte dell'amministratore di sostegno provvisorio, in nome e per conto del beneficiario che non sia in grado di esprimere il suo consenso/dissenso o lo esprima in maniera viziata, in ragione della menomazione affliggentelo. In tale situazione l'amministratore di sostegno viene eccezionalmente “*nominato per sostituire (non per affiancare), per un tempo rigorosamente limitato, l'incapace 'naturale'; la sua funzione, pertanto, coincide con quella del tutore provvisorio (tutela mascherata)*”. La possibilità o meno da parte dell'amministratore di sostegno di esercitare il consenso/dissenso alle cure in vece del paziente al di fuori dell'urgenza è invece a tutt'oggi oggetto di controversia, non essendovi attualmente univocità nell'interpretazione della normativa in materia (Fornari, 2007).

zione della probabile durata ed evoluzione della debolezza riscontrata, la cui eventuale risoluzione farà venir meno la necessità di continuare il regime d'amministrazione precedentemente impostato. In tal senso la nomina di un amministratore di sostegno con incarico a tempo indeterminato è intesa, nelle intenzioni del legislatore, non già come regola ma come misura straordinaria motivata dal riscontro di condizioni particolari che ne impongano l'applicazione. Peraltro è prevista dal codice¹⁵ per il Giudice Tutelare, qualora egli lo ritenga necessario, la possibilità di prorogare la durata di un incarico originariamente previsto come a tempo determinato.

Il punto 3) contiene indicazione di quello che è l'aspetto di maggiore innovatività dell'A.d.S. rispetto alle altre forme di protezione precedentemente previste dal codice. Laddove gli effetti di interdizione e inabilitazione sono fissati nei loro termini generali dal codice civile, infatti, le limitazioni alla capacità d'agire connesse con l'applicazione dell'A.d.S. non risultano aprioristicamente standardizzate, prestandosi sotto tale aspetto questo istituto ad una maggiore personalizzazione applicativa, che tenga conto delle effettive condizioni del singolo. Ritroviamo infatti nel succitato articolo la obbligatorietà di indicare nel decreto di nomina l'*"oggetto dell'incarico"*, ovvero gli ambiti circoscritti entro i quali il soggetto non è in grado di provvedere ai propri interessi. Ancora devono essere singolarmente segnalati gli *"atti che l'amministratore di sostegno ha il potere di compiere in nome e per conto del beneficiario"*, non sottraendo pertanto alla persona protetta alcun ambito d'azione soltanto in virtù di un'incapacità ad autodeterminarsi in tali campi solamente presunta.

Si deve altresì notare come l'amministratore di sostegno non operi soltanto vicariando in toto il beneficiario, ma abbia altresì il compito di affiancare lo stesso nell'espletamento di attività che questi non sarebbe in grado di compiere autonomamente, ma la partecipazione alle quali può essergli garantita allorché egli sia coadiuvato nello svolgimento di tali atti dal proprio amministratore di sostegno. Pertanto anche la necessità di indicare nel decreto di nomina gli *"atti che il beneficiario può compiere solo con l'assistenza dell'amministratore di sostegno"* (punto 4) non andrà intesa quale misura univocamente finalizzata a ridurre la capacità d'agire del beneficiario, bensì anche quale precauzione volta a non sottrarre al soggetto alcuna occasione di occuparsi dei propri interessi, sia pure nelle forme della partecipazione ed informazione e non dell'autonoma piena autodeterminazione.

¹⁵ Legge 6/2004, art. 405 c.c. (*Decreto di nomina dell'amministratore di sostegno. Durata dell'incarico e relativa pubblicità*): *"/.../ Se la durata dell'incarico è a tempo determinato, il giudice tutelare può prorogarlo con decreto motivato pronunciato anche d'ufficio prima della scadenza del termine./.../"*

Se il punto 5) contempla la tutela economica del beneficiario, il punto 6) introduce esplicitamente tra le funzioni dell'amministratore di sostegno compiti non strettamente connessi con le finalità di protezione e cura degli interessi più strettamente materiali del soggetto. L'obbligo di "riferire al giudice circa /.../ le condizioni di vita personale e sociale del beneficiario", infatti, investe l'amministratore di responsabilità che travalicano il mero versante economico, imponendogli di vigilare su aspetti della vita del beneficiario attinenti all'ambito del benessere esistenziale. L'espletamento di tale vigilanza, se da un lato consente la pronta revoca del provvedimento qualora i presupposti transitori dello stesso risultino essere venuti meno, dall'altro partecipa già delle funzioni proprie della vigilanza e prevenzione sociale, in ciò integrandosi le funzioni dell'amministratore di sostegno con quelle dei servizi sociali propriamente detti.

Viene inoltre segnalato come l'istruzione di provvedimento d'A.d.S. sia incompatibile con la contemporanea applicazione, in capo al medesimo individuo, di misure d'interdizione od inabilitazione¹⁶.

Si può quindi affermare che la figura dell'amministratore di sostegno si connota per il carattere adiuvante il beneficiario nella cura di specifici interessi che egli non è in grado di curare autonomamente, sotto tale aspetto ponendosi in una dimensione di rispetto per le capacità residue del soggetto e di partecipazione attiva dello stesso alle attività cui questi può proficuamente prendere parte. Al tempo stesso l'amministratore di sostegno è richiesto di esercitare un'attenta vigilanza sui più disparati aspetti dell'esistenza del beneficiario, espletando pertanto anche una funzione di sicurezza sociale ed assumendosi in tal senso la responsabilità di garantire gli interessi del soggetto anche negli ambiti della vita sociale e relazionale.

3.3. I richiedenti l'amministrazione di sostegno

L'articolo 406 c.c.¹⁷ individua i soggetti aventi diritto a proporre ricorso per l'istituzione dell'A.d.S. nello stesso soggetto beneficiario anche se mi-

¹⁶ Legge 6/2004, art. 405 c.c. (*Decreto di nomina dell'amministratore di sostegno. Durata dell'incarico e relativa pubblicità*): " /.../ Se l'interessato è un interdetto o un inabilitato, il decreto è esecutivo dalla pubblicazione della sentenza di revoca dell'interdizione o dell'inabilitazione. /.../ "

¹⁷ Legge 6/2004, art. 406 c.c. (*Soggetti*): "Il ricorso per l'istituzione dell'amministrazione di sostegno può essere proposto dallo stesso soggetto beneficiario, anche se minore, interdetto o inabilitato, ovvero da uno dei soggetti indicati nell'art. 417. Se il ricorso concerne persona interdetta o inabilitata il medesimo è presentato congiuntamente all'istanza di revoca dell'interdizione o dell'inabilitazione davanti al giudice competente per quest'ultima. I responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e assistenza della

nore, interdetto od inabilitato, nonché in uno dei soggetti indicati nell'articolo 417 c.c.¹⁸. Inoltre i servizi sanitari o sociali che abbiano in cura il soggetto, qualora siano a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento di A.d.S., sono obbligati a proporre al giudice tutelare il ricorso per l'istruzione di detto provvedimento o comunque ad informarne il Pubblico Ministero.

Nell'articolo 407 c.c.¹⁹ si stabilisce che il Giudice Tutelare, nell'istruire l'istituzione dell'A.d.S., *“deve sentire personalmente la persona cui il procedimento si riferisce recandosi, ove occorra, nel luogo in cui questa si trova e deve tener conto, compatibilmente con gli interessi e le esigenze di protezione della persona, dei bisogni e delle richieste di questa”*.

Al Giudice è altresì data facoltà di *“modificare o integrare, anche d'ufficio, le decisioni assunte con il decreto di nomina dell'amministratore di sostegno”*, risultando in tal modo garantita la costante adesione delle misure adottate alle reali esigenze del soggetto, anche in considerazione delle dinamiche evolutive eventualmente mutanti le condizioni dello stesso.

Viene con ciò ribadita la centralità della figura beneficiario, che è chiamato a partecipare attivamente al procedimento, anche indicando espressamente le proprie difficoltà ed i propri bisogni.

persona, ove a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento di amministrazione di sostegno, sono tenuti a proporre al giudice tutelare il ricorso di cui all'art. 407 o a fornirne comunque notizia al pubblico ministero.”

¹⁸ Legge 6/2004, art. 417 c.c. (*Istanza d'interdizione o di inabilitazione*): “L'interdizione o l'inabilitazione possono essere promosse dalle persone indicate negli artt. 414 e 415, dal coniuge, dalla persona stabilmente convivente, dai parenti entro il quarto grado, dagli affini entro il secondo grado dal tutore o curatore ovvero dal pubblico ministero. Se l'interdicendo o l'inabilitando si trova sotto la patria potestà o ha per curatore uno dei genitori, l'interdizione o l'inabilitazione non può essere promossa che su istanza del genitore medesimo o del pubblico ministero.”

¹⁹ Legge 6/2004, art. 407 c.c. (*Procedimento*): “Il ricorso per l'istituzione dell'amministrazione di sostegno deve indicare le generalità del beneficiario, la sua dimora abituale, le ragioni per cui si richiede la nomina dell'amministratore di sostegno, il nominativo ed il domicilio, se conosciuti dal ricorrente, del coniuge, dei discendenti, degli ascendenti, dei fratelli e dei conviventi del beneficiario. Il giudice tutelare deve sentire personalmente la persona cui il procedimento si riferisce recandosi, ove occorra, nel luogo in cui questa si trova e deve tener conto, compatibilmente con gli interessi e le esigenze di protezione della persona, dei bisogni e delle richieste di questa. Il giudice tutelare provvede, assunte le necessarie informazioni e sentiti i soggetti di cui all'art. 406; in caso di mancata comparizione provvede comunque sul ricorso. Dispone altresì, anche d'ufficio, gli accertamenti di natura medica e tutti gli altri mezzi istruttori utili ai fini della decisione. Il giudice tutelare può, in ogni tempo, modificare o integrare, anche d'ufficio, le decisioni assunte con il decreto di nomina dell'amministratore di sostegno. In ogni caso, nel procedimento di nomina dell'amministratore di sostegno interviene il pubblico ministero.”

I criteri e le modalità di individuazione dell'amministratore di sostegno sono normati all'articolo 408 c.c.²⁰. Oltre a statuire il rationale di detta scelta nel riguardo alla cura ed agli interessi della persona del beneficiario, tale articolo introduce la possibilità per l'interessato di designare il proprio amministratore, mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata, "*in previsione della propria eventuale futura incapacità*".

Tale facoltà assume particolare rilevanza in riferimento all'intento protettivo dell'A.d.S. nei riguardi delle menomazioni sia psichiche sia fisiche: all'affetto da patologia degenerativa e potenzialmente invalidante, infatti, è concesso tutelarsi nella progettazione della propria vita futura indicando preventivamente la persona che avrà cura di sostenerlo ed assisterlo allorché non sarà più in grado di badare ai propri interessi.

3.4. Effetti dell'amministrazione di sostegno

Per quanto concerne gli effetti dell'A.d.S. (art. 409 c.c.²¹), il codice stabilisce anzitutto che "*Il beneficiario conserva la capacità di agire per tutti gli atti che non richiedono la rappresentanza esclusiva o l'assistenza necessaria dell'amministratore di sostegno*".

²⁰ Legge 6/2004, art. 408 c.c. (*Scelta dell'amministratore di sostegno*): "La scelta dell'amministratore di sostegno avviene con esclusivo riguardo alla cura ed agli interessi della persona del beneficiario. L'amministratore di sostegno può essere designato dallo stesso interessato, in previsione della propria eventuale futura incapacità, mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata. In mancanza, ovvero in presenza di gravi motivi, il giudice tutelare può designare con decreto motivato un amministratore di sostegno diverso. Nella scelta, il giudice tutelare preferisce, ove possibile, il coniuge che non sia separato legalmente, la persona stabilmente convivente, il padre, la madre, il figlio o il fratello o la sorella, il parente entro il quarto grado ovvero il soggetto designato dal genitore superstite con testamento, atto pubblico o scrittura privata autenticata. Le designazioni di cui al primo comma possono essere revocate dall'autore con le stesse forme. Non possono ricoprire le funzioni di amministratore di sostegno gli operatori dei servizi pubblici o privati che hanno in cura o in carico il beneficiario. Il giudice tutelare, quando ne ravvisa l'opportunità, e nel caso di designazione dell'interessato quando ricorrano gravi motivi, può chiamare all'incarico di amministratore di sostegno anche altra persona idonea, ovvero uno dei soggetti di cui al titolo II al cui legale rappresentante ovvero alla persona che questi ha facoltà di delegare con atto depositato presso l'ufficio del giudice tutelare, competono tutti i doveri e tutte le facoltà previste nel presente capo."

²¹ Legge 6/2004, art. 409 c.c. (*Effetti dell'amministrazione di sostegno*): "Il beneficiario conserva la capacità di agire per tutti gli atti che non richiedono la rappresentanza esclusiva o l'assistenza necessaria dell'amministratore di sostegno. Il beneficiario dell'amministrazione di sostegno può in ogni caso compiere gli atti necessari a soddisfare le esigenze della propria vita quotidiana."

Ciò implica che gli ambiti d'azione lasciati all'autonomia del soggetto siano in sostanza definiti in termini negativi, ad indicare la volontà del legislatore di privilegiare la tutela dell'autonomia del beneficiario rispetto alla messa in atto aprioristica di misure indiscriminatamente restrittive della stessa.

Tale principio si ritrova peraltro ribadito anche più avanti nel medesimo articolo, laddove si afferma che *“Il beneficiario dell'amministrazione di sostegno può in ogni caso compiere gli atti necessari a soddisfare le esigenze della propria vita quotidiana”*.

3.5. Doveri e limiti dell'amministratore di sostegno

Nell'articolo 410 c.c.²² all'enumerazione dei doveri dell'amministratore di sostegno è premessa l'indicazione che *“Nello svolgimento dei suoi compiti l'amministratore di sostegno deve tener conto dei bisogni e delle aspirazioni del beneficiario”*, a ricordare ancora una volta come l'amministratore stesso non debba intendersi come figura puramente viciariante il soggetto nella cura degli interessi dello stesso, quanto piuttosto come compartecipe delle necessità del beneficiario ed operante in sinergia con quest'ultimo al fine di garantirgli le condizioni di vita più idonee.

In coerenza con tale principio ispiratore l'amministratore non può, in nome e per conto del beneficiario, prendere iniziative e provvedimenti arbitrariamente ed all'insaputa dello stesso, ma al contrario *“deve tempestivamente informare il beneficiario circa gli atti da compiere”*. Nemmeno è legittimato ad agire a sua discrezione, sia pure nell'interesse della persona protetta, prescindendo dalla volontà espressa dal soggetto, essendogli fatto obbligo di informare *“il giudice tutelare in caso di dissenso con il beneficiario stesso”*. Peraltro *“In caso di contrasto, di scelte o di atti dannosi ovvero di negligenza nel perseguire l'interesse o nel soddisfare i bisogni o le richieste del beneficiario, questi, il pubblico ministero o gli altri soggetti di*

²² Legge 6/2004, art. 410 c.c. (*Doveri dell'amministratore di sostegno*): *“Nello svolgimento dei suoi compiti l'amministratore di sostegno deve tener conto dei bisogni e delle aspirazioni del beneficiario. L'amministratore di sostegno deve tempestivamente informare il beneficiario circa gli atti da compiere nonché il giudice tutelare in caso di dissenso con il beneficiario stesso. In caso di contrasto, di scelte o di atti dannosi ovvero di negligenza nel perseguire l'interesse o nel soddisfare i bisogni o le richieste del beneficiario, questi, il pubblico ministero o gli altri soggetti di cui all'art. 406 possono ricorrere al giudice tutelare, che adotta con decreto motivato gli opportuni provvedimenti. L'amministratore di sostegno non è tenuto a continuare nello svolgimento dei suoi compiti oltre dieci anni, ad eccezione dei casi in cui tale incarico è rivestito dal coniuge, dalla persona stabilmente convivente, dagli ascendenti o dai discendenti.”*

cui all'articolo 406²³ possono ricorrere al giudice tutelare, che adotta con decreto motivato gli opportuni provvedimenti”.

Ben si comprende, alla luce di quanto detto sinora, come il ruolo dell'amministratore di sostegno non sia carica meramente formale, ma implichi di fatto un impegno pressoché costante, richiedendo pertanto una disponibilità anche temporale decisamente ampia. In ragione di ciò, ovvero delle difficoltà oggettive verosimilmente subentranti all'amministratore che dovesse espletare il proprio incarico a tempo indeterminato, il legislatore ha previsto un termine di dieci anni oltre il quale lo stesso non è tenuto a continuare nello svolgimento dei suoi compiti. Fanno eccezione i “*casi in cui tale incarico è rivestito dal coniuge, dalla persona stabilmente convivente, dagli ascendenti o dai discendenti*”, ai quali è richiesta una maggiore disponibilità nella prestazione della necessaria assistenza al congiunto beneficiario.

L'articolo 412 c.c. stabilisce che “*Gli atti compiuti dall'amministratore di sostegno in violazione di disposizioni di legge, od in eccesso rispetto all'oggetto dell'incarico o ai poteri conferitigli dal giudice, possono essere annullati su istanza dell'amministratore di sostegno, del pubblico ministero, del beneficiario o dei suoi eredi ed aventi causa. Possono essere parimenti annullati su istanza dell'amministratore di sostegno, del beneficiario, o dei suoi eredi ed aventi causa, gli atti compiuti personalmente dal beneficiario in violazione delle disposizioni di legge o di quelle contenute nel decreto che istituisce l'amministrazione di sostegno /.../”.*

L'A.d.S. può essere revocata (art. 413 c.c.) “*quando il beneficiario, l'amministratore di sostegno, il pubblico ministero o taluno dei soggetti di cui all'articolo 406²⁴, ritengono che si siano determinati i presupposti per la cessazione dell'amministrazione di sostegno, o per la sostituzione dell'amministratore, rivolgono istanza motivata al giudice tutelare*”. È peraltro previsto che il Giudice possa provvedere, anche d'ufficio, alla “*dichiarazione di cessazione dell'amministrazione di sostegno quando questa si sia rivelata inidonea a realizzare la piena tutela del beneficiario*”. Qualora il soggetto sia ritenuto maggiormente protetto dagli istituti dell'Interdizione od Inabilitazione, infine, il Giudice Tutelare ne informa il Pubblico Ministero affinché vi provveda. In tal caso l'A.d.S. cessa con la dichiarazione d'Interdizione od Inabilitazione, in coincidenza con la nomina di tutore o curatore provvisorio al fine di garantire continuità nella protezione del soggetto sino ad allora beneficiario di A.d.S..

²³ Cfr. art. 406.

²⁴ Cfr. art. 406.

Riassumendo, l'A.d.S. è collocata all'interno del Codice Civile fra le misure di protezione delle persone prive in tutto od in parte di autonomia, comprendenti anche Interdizione ed Inabilitazione, ed è normata al Titolo XII, Capo I - "*Dell'amministrazione di sostegno*".

Tale istituto è rivolto alla protezione delle persone che, per effetto di qual si voglia menomazione fisica o psichica, anche parziale o temporanea, si trovino impossibilitate a provvedere ai propri interessi.

Peculiarità dell'A.d.S., segnatamente in riferimento ai provvedimenti dell'Interdizione ed Inabilitazione, è infatti l'estensione della protezione ad individui, anche scevri da infermità mentali abituali, a qualsiasi titolo necessitanti di tutela nella gestione della propria esistenza.

Riconoscendo pertanto presupposti differenti e rivolgendosi a bisogni diversi da quelli tutelati da Interdizione ed Inabilitazione, l'applicazione dell'A.d.S. è incompatibile con il contemporaneo ricorso a questi provvedimenti.

Colui che è chiamato a curare gli interessi del soggetto è denominato "*amministrazione di sostegno*", la persona fatta oggetto del provvedimento di protezione è detta invece "*beneficiario*".

L'A.d.S. è di norma provvedimento a termine, pur essendo prevista anche la possibilità per il Giudice Tutelare di conferire l'incarico d'amministratore di sostegno a tempo indeterminato.

Non è prevista per il beneficiario una riduzione della capacità d'agire secondo canoni standardizzati e prefissati, bensì una personalizzazione del provvedimento basata sull'indicazione, al momento dell'istruzione dell'A.d.S., dei singoli atti che l'amministratore può compiere in nome e per conto del beneficiario nonché di quelli che quest'ultimo può compiere solo con l'assistenza dell'amministratore stesso.

L'amministratore si configura quindi come assistente il beneficiario, il quale partecipa attivamente alla cura dei propri interessi e la cui volontà l'amministratore di sostegno non può ignorare né disattendere.

Nel caso la formulazione originaria dell'incarico si riveli inadeguata a tutelare il soggetto, il Giudice può successivamente modificare le decisioni assunte con il decreto di nomina o, se ne ravvisa la necessità, sostituire l'amministratore di sostegno ovvero dichiarare cessata l'A.d.S. e procedere alla nomina di tutore o curatore provvisorio.

È in ogni caso garantita al beneficiario la possibilità di compiere autonomamente le attività quotidiane, conservando egli altresì la capacità d'agire per tutti gli atti ordinari e straordinari fuorché per quelli, espressamente indicati dal Giudice Tutelare, che richiedano la rappresentanza esclusiva o l'assistenza necessaria dell'amministratore di sostegno.

In conclusione, l'A.d.S. può essere sicuramente ritenuta *“una forma di tutela ' morbida ', articolata e duttile nei confronti di persone che hanno bisogno di essere assistite nella cura dei propri interessi, senza che si debba ricorrere ai provvedimenti dell'interdizione e dell'inabilitazione”* (For-nari).

Ciò sia detto tenendo per ferma l'inammissibilità di una concezione “gerarchica” degli istituti di protezione citati, che si caratterizzano per modalità ed ambiti applicativi affatto peculiari e sono intesi a tutelare condizioni diverse cui sono connesse esigenze e bisogni differenti, non sempre ed immediatamente parametrabili sulla base di un giudizio di gravità dell'infermità o menomazione riscontrata.

3. La tutela del soggetto portatore di disabilità

1. Invalidità civile

di *Alberto Sella*

1.1. Introduzione

Nel contesto del Diritto Sanitario, ovvero di quel corpo di norme giuridiche che regolano istituti, organi e uffici diretti a realizzare il fine supremo della salute pubblica (fisica e psichica), si inserisce il concetto di Sicurezza Sociale¹, che si riferisce a quel complesso di attività, a preminenti fini di solidarietà, con cui lo Stato fornisce ai cittadini prestazioni di ordine assistenziale, previdenziale o talora di beneficenza, garantendo loro una stabile e completa libertà dal bisogno e l'effettivo godimento dei diritti civili e politici riconosciuti dalla Costituzione (vedi capitolo al riguardo).

1.2. Definizione

È nell'ambito della Sicurezza Sociale, ed in particolare dell'assistenza sociale che si colloca a sua volta il concetto di *Invalidità Civile* e la sua tutela.

Il termine "invalidità" esprime una nozione unitaria, riferentisi, oltre ai cosiddetti invalidi civili, a categorie differenti di soggetti invalidi² identi-

¹ N.B. È principio del Diritto Sanitario garantire le varie prestazioni sanitarie a tutti i cittadini che ne abbiano "bisogno", senza alcuna discriminazione individuale o sociale, ecc., con particolare riguardo alla gratuità della tutela sanitaria, alla globalità degli interventi, al principio dell'eguaglianza; all'uniformità delle prestazioni; al rispetto della libertà del cittadino, al principio di territorialità, ai principi della efficienza e della economicità delle prestazioni.

² Def. - *invalidi di guerra*: militari o civili, divenuti invalidi a seguito di fatti bellici o atinenti alla guerra; - *invalidi del lavoro*, divenuti tali a causa degli esiti di lesioni riportate per infortunio sul lavoro o a causa di malattie professionali; - *invalidi per causa di servizio*: dipendenti statali, di Enti pubblici o privati che hanno contratto determinate infermità a cau-

cate dalla legge sulla base delle diverse cause che hanno determinato la minorazione o menomazione funzionale.

In modo specifico è considerato *invalido civile*, il cittadino mutilato³ e/o invalido⁴ per cause diverse da quelle di guerra, lavoro o servizio (sono quindi esclusi gli invalidi di guerra, quelli per causa di servizio, nonché ciechi e sordomuti, per i quali sono previsti altri disposti di legge), purché privo di altre e diverse forme di tutela.

È la legge 30 marzo 1971, n°118, “*Conversione in legge del D.L. 30 gennaio 1971, n°5 e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili*”, che definisce gli invalidi civili all’articolo 2 come “*i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Ai soli fini dell’assistenza socio-sanitaria e della concessione dell’indennità di accompagnamento, si considerano mutilati ed invalidi i soggetti ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. I...P*”.

In sostanza, nel caso degli invalidi civili, siamo di fronte a soggetti affetti da minorazioni congenite o acquisite a carattere permanente dalle quali derivi: - se si tratta di persone di età compresa fra diciotto ed sessantacinque anni, una permanente riduzione della capacità lavorativa generica in misura superiore ad un terzo (33%); - se si tratta di minori di anni diciotto o di soggetti ultra-sessantacinquenni (per questi ultimi ai soli fini dell’assistenza socio-sanitaria e della concessione della indennità di accompagnamento), una difficoltà persistenti a svolgere compiti e funzioni proprie della loro età.

La legge parla di riduzione “permanente” e difficoltà “persistente”, dove permanente è da intendersi come sinonimo di durevole, stabile, ma non necessariamente immodificabile, o inemendabile, rientranti dunque nel concetto anche le malattie stabilizzate o croniche, incapaci di una sostanziale evoluzione in senso migliorativo; per ciò che riguarda il concetto di diffi-

sa del lavoro prestatato;- *ciechi civili*: coloro che sono ciechi in modo assoluto oppure che abbiano un residuo visivo non superiore ad un decimo in ambedue gli occhi, con eventuale correzione; - *sordomuti*: coloro che sono colpiti da sordità dalla nascita oppure da sordità contratta in epoca prelinguale, cioè prima dell’apprendimento del linguaggio, quindi non di natura esclusivamente psicogena.

³ Def. Soggetto *mutilato*: portatore di perdita anatomica di un arto tale da renderlo inseribile dal punto di vista funzionale.

⁴ Def. Soggetto *invalido*: individuo affetto da infermità che determina una ridotta capacità lavorativa generica con una persistente difficoltà a svolgere i compiti e le funzioni proprie della sua età.

coltà persistenti, è possibile pensare al verificarsi di una minorazione che pur non avendo le caratteristiche della permanenza (durevolezza nel tempo), sia tale da rendere persistentemente difficoltosi i compiti e le funzioni proprie dell'età. In definitiva, ciò che è permanente è da ritenere per definizione anche persistente, mentre non sempre ciò che è persistente è anche da considerare permanente; in entrambi i casi la situazione non deve però essere necessariamente stabile in senso clinico: è possibile che si tratti anche di situazioni evolutive, sia in senso peggiorativo che non.

1.3. L'accertamento

Il riconoscimento dell'invalidità civile prevede una specifica procedura che, in base all'articolo 20 della recentissima legge 102/09⁵, ha inizio con la richiesta del soggetto interessato al medico di fiducia e abilitato alla compilazione telematica di un certificato medico introduttivo attestante le infermità ed eventuali condizioni di non autonomia o di intrasportabilità, nonché la tipologia di richiesta⁶, certificato valido per 30 giorni, termine entro il quale la domanda dovrà essere presentata direttamente all'INPS che provvederà all'inoltro all'ASL competente per territorio⁷.

A stabilire, entro sei mesi dalla richiesta, il grado di invalidità è la "Commissione Sanitaria di I Istanza per l'accertamento degli stati di invalidità civile, delle condizioni visive e del sordomutismo" istituita dalle ASL e costituita

⁵ Legge 3 agosto 2009, n°102, "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, recante provvedimenti anticrisi, nonché proroga di termini e della partecipazione italiana a missioni internazionali".

⁶ N.B. I dati necessari per la completezza del certificato medico sono: *Sempre*: dati anagrafici del richiedente, completi di codice fiscale e numero della tessera sanitaria; dati clici (anamnesi, esame obiettivo); diagnosi con codifica ICD-9; indicazione della finalità del certificato (invalidità civile/cecità/sordità/handicap/disabilità) - in caso di richiesta di indennità di accompagnamento: indicazione dell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore o della impossibilità di compere gli atti quotidiani della vita senza assistenza continua; al fine di usufruire delle previsioni della legge n°80/2006: indicazione di eventuali patologie oncologiche in atto; al fine di contenere i tempi di convocazione entro 15 giorno: indicazione di eventuali patologie gravi previste nell'allegato al D.M. 28 febbraio 2007.

⁷ Legge 102/09, art. 20 (*Contrasto alle frodi in materia di invalidità civile*), comma 3: ".../A decorrere dal 1° gennaio 2010 le domande volte ad ottenere i benefici in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, complete della certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti, sono presentate all'INPS, secondo modalità stabilite dall'ente medesimo. L'Istituto trasmette, in tempo reale e in via telematica, le domande alle Aziende Sanitarie Locali."

da un collegio di quattro medici, integrato da un medico dell'INPS (art. 20, comma 1, legge 102/09⁸) e presieduto da uno specialista medico legale.

Nel corso della visita vengono valutate la condizione cliniche e la documentazione sanitaria, in relazione alla capacità lavorativa o di attendere ai compiti consoni all'età del paziente. Il punteggio di invalidità viene attribuito tramite sistema tabellare specifico (D.M. Sanità del 5 febbraio 1992).

Oltre alla dimostrazione della presenza di una situazione clinica non ottimale, il secondo elemento di fondamentale importanza, affinché la persona sia riconosciuta invalida civile, è la permanente riduzione della capacità di lavoro. È necessario pertanto specificare caso per caso di che genere di lavoro si tratta e cioè quale sia con precisione l'attività che quel dato soggetto svolge o è capace di svolgere. Nel Decreto del Ministero della Sanità del 5 febbraio 1992, concernente l'approvazione delle tabelle indicative le percentuali di invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti, è detto a tale riguardo: *“Il danno funzionale permanente è riferito alla validità /.../, con possibilità di variazioni in più del valore percentuale /.../, nel caso in cui vi sia anche incidenza sulle occupazioni confacenti alle attitudini del soggetto e sulla capacità lavorativa specifica”*.

Nel caso di soggetti ultra-sessantacinquenni o di bambini, in quanto alle età considerate le persone potrebbero non solo non svolgere alcuna attività lavorativa, ma aver perso o non avere ancora delineata alcuna attitudine al lavoro, il parametro di riferimento diventano le difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della età considerata. L'entità della riduzione della validità non viene però precisata.

Così la legge distingue diverse fasce percentuali di invalidità civile: per i soggetti fra *diciotto e sessantacinque* anni, - quella superiore ad un terzo, che dà diritto alla qualifica di invalido civile; - quella che supera il 45%; - quella pari o superiore al 67%; - quella pari o superiore al 74% e - quella del 100%, l'invalido totale eventualmente inoltre non deambulante o non autosufficiente.

Per quanto riguarda i *minori degli anni diciotto* si distinguono quelli con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni ed i compiti propri della sua età, quelli con impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un ac-

⁸ Legge 102/09, art. 20 (*Contrasto alle frodi in materia di invalidità civile*): “1. A decorrere dal 1° gennaio 2010 ai fini degli accertamenti sanitari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità le Commissioni mediche delle Aziende sanitarie locali sono integrate da un medico dell'INPS quale componente effettivo. In ogni caso l'accertamento definitivo è effettuato dall'INPS. /.../ - 2. L'INPS accerta altresì la permanenza dei requisiti sanitari nei confronti dei titolari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità. In caso di comprovata insussistenza dei prescritti requisiti sanitari, si applica l'art. 5, comma 5 del Regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 21 settembre 1994, n°698.”

compagnatore, quelli con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita e quelli ipoacusici.

Gli invalidi civili *ultra-sessantacinquenni* vengono distinti in quelli affetti da difficoltà persistenti a svolgere le funzioni ed i compiti propri della sua età, quelli con impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore e quelli con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita.

Per quanto concerne gli invalidi affetti da problemi *visivi*⁹, si distinguono in quelli con residuo visivo non superiore ad un ventesimo in entrambi gli occhi anche con eventuale correzione (cieco parziale); con residuo visivo non superiore ad un decimo in entrambi gli occhi anche con eventuale correzione (ipovedente grave), con residuo visivo non superiore a due decimi in entrambi gli occhi con eventuale correzione (ipovedente medio-grave) con residuo visivo non superiore a tre decimi in entrambi gli occhi con eventuale correzione (ipovedente lieve) e cieco assoluto.

In riferimento ai soggetti *sordomuti*, partendo dalla perdita media di 75 decibel, questo sono distinti in invalidi al 15% se completamente sordi da un solo orecchio, mentre ai soggetti colpiti da sordità da entrambe le orecchie viene riconosciuta una invalidità del 58,5%.

Infine vanno citati i soggetti sordociechi, recentissimamente definiti come le persone “*cui siano distintamente riconosciute entrambe le minorazioni, sulla base della legislazione vigente, in materia di sordità civile e di cecità civile*”¹⁰, a cui spetta una indennità e altre prestazioni in forma unificata (INPS).

1.4. I benefici

Accertato lo stato di Invalido Civile, i *benefici*, di natura assistenziale e economica, previsti e concessi, a seconda del grado di invalidità accertato, sono finalizzati in pratica all’inserimento o al ricupero lavorativo del soggetto privo di altre forme di tutela previdenziale o assistenziale.

a) Così i benefici di natura *assistenziale* consistono nell’assistenza sanitaria generica, specialistica, farmaceutica e ospedaliera, forniti dal SSN. È prevista in dati casi l’assistenza specifica e protesica, domiciliare od ospedaliera, nell’ambito della ASL, per le cure di riabilitazione e fornitura di apparecchi di protesi ortopediche nonché oculari ed estetiche, o acustiche, idonee al ricupero della capacità lavorativa. Nella riabilitazione sono com-

⁹ Legge 3 aprile 2001, n°138, “*Classificazione e quantificazione delle minorazioni visive e norme in materia di accertamenti oculistici*”.

¹⁰ Legge 24 giugno 2010, n°107, “*Misure per il riconoscimento dei diritti alle persone sordocieche*”.

presi i corsi di orientamento, qualificazione e riqualificazione professionale, per il reinserimento dell'invalido nel ciclo produttivo. I soggetti con una invalidità civile superiore al 67% hanno inoltre diritto all'esenzione ticket per alcune classi di farmaci, mentre all'invalidità totale spetta il diritto all'esenzione totale per l'acquisto dei farmaci, dalla quota fissa delle ricetta e dalla prestazione diagnostica.

b) Tra i benefici *economici* sono contemplati:

- 1. l'*assegno mensile*¹¹, corrisposto ai mutilati e invalidi civili, dai diciotto ai sessantacinque anni, che abbiano una riduzione della capacità lavorativa in misura pari o superiore al 74% e non sono impiegabili in alcuna attività lavorativa e per il tempo in cui sussiste tale condizione;
- 2. l'*indennità di accompagnamento*¹², spettante ai ciechi assoluti e a coloro i quali, essendo totalmente inabili per affezioni fisiche o psichiche, si trovano nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore oppure, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di una assistenza continua. L'indennità di accompagnamento è compatibile con lo svolgimento di un'attività lavorativa. Ne sono esclusi gli invalidi civili ricoverati gratuitamente in Istituti;
- 3. la *pensione di inabilità*¹³ riservata ai mutilati, invalidi civili e sordomuti, di età compresa fra i diciotto e i sessantacinque anni, colpiti da totale inabilità al lavoro. La pensione non è reversibile e dopo il compimento dei sessantacinque anni viene convertita nella pensione sociale;
- 4. l'*indennità mensile di frequenza*, concessa ai mutilati e invalidi civili minori di diciotto anni che presentano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni della propria età;
- 5. il *collocamento obbligatorio*, provvedimento attuato per consentire a vastissime categorie di cittadini minorati l'assunzione di un lavoro stabile e

¹¹ Def. *Assegno ordinario di invalidità*: l'assegno è cumulabile con la retribuzione fino all'importo pari al minimo di pensione. E' incompatibile con il trattamento a favore degli invalidi civili parziali. Non è reversibile. E' concesso per tre anni, rinnovabili qualora permangono le condizioni di invalidità. Dopo tre riconoscimenti consecutivi, l'assegno verrà automaticamente confermato.

¹² Def. *Assegno mensile per l'assistenza personale e continuata ai pensionati per inabilità*: "Ai pensionati per inabilità, che si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di una assistenza continua, spetta, con la stessa decorrenza della domanda di cui al comma successivo, un assegno mensile non reversibile nella stessa misura prevista nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali /...".

¹³ Def. *Pensione ordinaria di inabilità*: è incompatibile con compensi o retribuzioni per lavoro autonomo e subordinato in Italia e all'estero; iscrizione negli elenchi anagrafici dei lavoratori agricoli, dei lavoratori autonomi, negli albi professionali; trattamenti di disoccupazione ordinaria e speciale, di cassa integrazione, per temporanea incapacità di lavoro. La pensione è reversibile ai superstiti.

rimunerato, superando *ope legis* le difficoltà di reperire un'occupazione redditizia sul libero mercato di lavoro, a causa della diminuita capacità di concorrenza dovuta alla minorazione.

A seconda delle diverse categorie e fasce di invalidità vengono quindi concesse le seguenti prestazioni: - è riconosciuto invalido civile (di età compresa fra i diciotto e i sessantacinque anni) colui che presenta una riduzione permanente della capacità lavorativa in misura non inferiore ad un terzo (superiore al 33%), condizione che gli dà il diritto a ricevere gratuitamente prestazioni protesiche necessarie; - l'invalido civile con riduzione permanente della capacità lavorativa in misura pari o superiore al 46% acquisisce il diritto all'iscrizione nelle liste per il collocamento mirato; - l'invalido civile con riduzione della capacità lavorativa superiore al 67% ottiene l'esenzione ticket; - l'invalido civile con riduzione della capacità lavorativa pari o superiore al 74% può ottenere l'assegno mensile di assistenza; - l'invalido civile con totale e permanente inabilità lavorativa (100%) ha diritto alla pensione di inabilità; - l'invalido civile con totale e permanente inabilità lavorativa (100%) e con impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita percepisce l'indennità di accompagnamento; - al minore con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni ed i compiti propri della sua età spetta l'indennità di frequenza (artt. 2 e 17 della Legge 1/1971); - il minore con impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o quello con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita ha diritto all'indennità di accompagnamento; - al minore ipoacusico spetta il diritto all'indennità mensile di frequenza (art. 1 della Legge 289/1990); - l'ultra-sessantacinquenne con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni ed i compiti propri della sua età (art. 6 dei D.Lgs. 509/1988), o con impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita è concesso l'indennità e accompagnamento.

Le *prestazioni economiche* per gli invalidi civili sono materialmente erogate dall'INPS, ma non sono subordinate all'esistenza di requisiti contributivi o all'anzianità di lavoro. Infatti, l'INPS tutela l'invalidità o l'inabilità anche non dipendente da cause di lavoro. Lo stato di bisogno è preso in considerazione e giustifica la prestazione previdenziale, in quanto deriva dal realizzarsi di un evento incerto e tassativamente predeterminato da disposti di legge.

2. Il portatore di handicap

2.1. Introduzione

La tutela e il diritto all'integrazione sociale della persona disabile sono argomenti da tempo discusso. Infatti, già le dichiarazioni internazionali dell'ONU del 20 dicembre 1971 e 9 dicembre 1975 si incentravano sul suo diritto all'uguaglianza giuridica e di fatto con gli individui cosiddetti "normali" e "validi", richiedendo quindi agli Stati nazionali di intervenire con apposite provvidenze di legge per la difesa del rispetto della sua dignità e libertà. Ancora recentemente, l'assemblea Generale delle Nazioni Unite ha approvato la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (dicembre 2006)¹⁴.

L'OMS definisce "portatore di handicap" ogni persona che, per cause congenite o acquisite, traumatiche o patologiche, presenti una menomazione permanente delle funzionalità o delle capacità fisiche, psichiche o sensoriali che possono comportare anche una condizione di emarginazione sociale.

2.2. La legge 5 febbraio 1992, n°104

La legge n°104 del 5 febbraio 1992¹⁵, "*Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*", definisce la perso-

¹⁴ N.B. La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, 2006, art. 3 (*Principi generali*): "I principi della presente Convenzione sono: a) il rispetto per la dignità intrinseca, l'autonomia individuale, compresa la libertà di compiere le proprie scelte, e l'indipendenza delle persone b) la non-discriminazione c) la piena ed effettiva partecipazione e inclusione all'interno della società d) il rispetto per la differenza e l'accettazione delle persone con disabilità come parte della diversità umana e dell'umanità stessa e) la parità di opportunità f) l'accessibilità g) la parità tra uomini e donne h) il rispetto per lo sviluppo delle capacità dei bambini con disabilità e il rispetto per il diritto dei bambini con disabilità a preservare la propria identità." - art. 5 (*Uguaglianza e non discriminazione*): "Gli Stati Parti riconoscono che tutte le persone sono uguali di fronte e secondo la legge ed hanno diritto, senza alcuna discriminazione, a uguale protezione e uguale beneficio della legge. Gli Stati Parti devono proibire ogni forma di discriminazione fondata sulla disabilità e garantire alle persone con disabilità uguale ed effettiva protezione legale contro la discriminazione qualunque ne sia il fondamento. Al fine di promuovere l'eguaglianza ed eliminare le discriminazioni, gli Stati Parti prenderanno tutti i provvedimenti appropriati, per assicurare che siano forniti accomodamenti ragionevoli. Misure specifiche che fossero necessarie ad accelerare o conseguire de facto l'eguaglianza delle persone con disabilità non saranno considerate discriminatorie ai sensi della presente Convenzione."

¹⁵ N.B. I concetti sopra citati sono espressi dalla legge 104/92 all'art. 1 (*Finalità*): "La Repubblica: a) garantisce il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella

na handicappata all'articolo 3 come colei "che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di vita di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione".

Tale legge rivolge la sua attenzione ai diritti, alle reali esigenze e aspettative delle persone in difficoltà, considerate come soggetti attivi che, grazie ai dettati della legge, si riappropriano a pieno titolo di tutti i diritti sanciti dalla Costituzione¹⁶.

Le necessità di una specifica attenzione nei confronti delle persone portatrici di disabilità, o più in generale per il soggetti cosiddetti "fragili", viene peraltro anche contemplata dai diversi codici di deontologia¹⁷.

2.2.1. Caratteristiche della condizione di handicap

In base alla definizione data dalla legge, una persona handicappata presenta quindi le seguenti caratteristiche: - una *minorazione (impairment)*¹⁸, fisica, psichica o sensoriale (stabilizzata o progressiva), ossia esiti permanenti da infermità fisiche, psichiche o sensoriali che comportano un danno funzionale permanente¹⁹; - una *difficoltà* di apprendimento o nella vita di relazione e

scuola, nel lavoro e nella società; b) previene e rimuove le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione della persona handicappata alla vita della collettività, nonché la realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali: c) persegue il recupero funzionale e sociale della persona affetta da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali e assicura i servizi e le prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle minorazioni, nonché la tutela giuridica ed economica della persona handicappata; d) predispone interventi volti a superare stati di emarginazione e di esclusione sociale della persona handicappata."

¹⁶ N.B. Questa legge trova fondamento anche nei principi della Costituzione: art 2 Cost. "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale".

¹⁷ *Soggetti "fragili"*: CdMC art. 32 - CdInf art. 7 - CdI.D art. 10 - CdE.P Resp. nei confronti dell'utente, punto 1.

¹⁸ Def. La menomazione (*impairment*) costituisce il danno organico e/o funzionale, cioè qualsiasi perdita o anormalità, transitoria o permanente, a carico di una struttura o di una funzione psicologica, fisiologica o anatomica (menomazione della capacità intellettuale o di altra funzione psicologica; sensoriale; viscerale; scheletrica; deturpante; generalizzata, e di altro tipo). La menomazione rappresenta l'esteriorizzazione di uno stato patologico e, generalmente, riflette i disturbi manifestati a livello d'organo.

¹⁹ N.B. Va valutata l'entità effettiva della perdita anatomica o funzionale e la possibilità o meno dell'applicazione di apparecchi di protesi, tenendo presente che ogni invalidità permanente è in ogni caso fonte di difficoltà di relazione, comportando una limitazione apprezzabile e di diverso grado nella vita sociale della persona colpita. Chiunque presenti un certo

soprattutto difficoltà nella integrazione lavorativa (*disability*)²⁰; - uno *svantaggio* sociale e un rischio all'emarginazione (*handicap*, "ostacolo, svantaggio")²¹.

Va precisato che da una menomazione non necessariamente deriva l'*handicap*; dalla menomazione può derivare *disabilità* che tuttavia non è in se stessa fonte di *handicap*. Soltanto quando la persona con menomazione e/o *disabilità* si trova in una situazione relazionale o in una condizione in cui la richiesta di prestazioni è tale per cui non è possibile dare risposta, si viene a creare una condizione di *handicap*. Non sempre quindi una menomazione, una *disabilità*, comportano anche *handicap*, ma spesso queste condizioni si presentano inscindibili. Ad una menomazione di un certo tipo e grado, non corrisponde necessariamente lo stesso tipo e grado di *disabilità* e di *handicap*, essendo la *disabilità* e l'*handicap* condizionati dalle risposte individuali alle menomazioni, dalla rieducazione e riabilitazione praticate dal singolo e dall'ambiente in cui vive.

grado di invalidità potrà rientrare nel novero delle persone handicappate, sempre che siano presenti anche le altre due condizioni stabilite dalla legge.

²⁰ Def. La *disabilità (disability)* costituisce la perdita della capacità operativa subentrata a causa della o delle menomazioni, rappresentando quindi qualsiasi limitazione o perdita, transitoria o permanente, reversibile o irreversibile, progressiva o regressiva, della capacità di compiere un'attività essenziale per la vita quotidiana nel modo o nell'ampiezza considerati normali. Può insorgere come conseguenza diretta di una menomazione o come reazione del soggetto, specialmente da un punto di vista psicologico, alla menomazione stessa. La *disabilità* rappresenta l'oggettivazione della menomazione e come tale riflette disturbi a livello di persona. Devono essere verificate la difficoltà di apprendimento del minore, oppure la difficoltà persistente allo svolgimento dei compiti e delle funzioni proprie dell'età o negli altri casi la difficoltà di integrazione lavorativa, accertando se e in quale modo l'invalidità accertata si ripercuote sulla capacità lavorativa specifica (quella effettivamente svolta) e semispecifica (occupazioni confacenti alle attitudini) o, nel caso del minore, se e in quale misura l'invalidità si ripercuote sulla capacità di apprendimento e di svolgere le funzioni e i compiti propri dell'età. Ne costituiscono esempio, la *disabilità* nell'adozione di comportamenti appropriati; nella comunicazione; nella cura della propria persona (come il controllo della funzione escretoria e la capacità di lavarsi e di alimentarsi); nella funzione locomotoria; nell'esecuzione delle altre attività della vita quotidiana, nella destrezza.

²¹ Def. L'*handicap* definisce la difficoltà che il menomato e/o il disabile incontra nel confronto esistenziale con gli altri e nella realizzazione del ruolo sociale cui, in stato di normalità, avrebbe ragione di aspirare. L'*handicap* è la condizione di svantaggio, conseguente ad una menomazione o ad una *disabilità*, che limita o impedisce il soggetto nell'adempimento del ruolo per lui normale in relazione alla sua età, al sesso e ai fattori socioculturali. La condizione di *handicap* descrive quindi le diverse circostanze nelle quali i disabili possono riconoscersi; circostanze che li pongono in una posizione di svantaggio nei confronti dei loro simili considerati sulla base delle convenzioni sociali. Dall'invalidità permanente accertata deve infine derivare un effettivo processo di svantaggio o di emarginazione. La valutazione se esiste o meno la condizione di svantaggio o di emarginazione in caso di invalidità, deve necessariamente essere personalizzata, considerando anche i cosiddetti fattori estrinseci (ambientali, culturali, di lavoro).

In definitiva una condizione di handicap si identifica con una situazione che limita o impedisce di fatto al soggetto di svolgere i ruoli sociali e lavorativi considerati “normali” in rapporto al suo status, alla sua età, ai fattori culturali ed ambientali a cui appartiene. Nell’handicap vi è quindi una discrepanza tra l’efficienza e lo stato del soggetto e le aspettative di efficienza e di stato sia del soggetto stesso sia del particolare gruppo di cui egli fa parte. L’handicap rappresenta pertanto la socializzazione di una menomazione o di una disabilità e come tale riflette le conseguenze culturali, sociali, economiche e ambientali che all’individuo derivano dalla presenza della menomazione e/o della disabilità. Lo svantaggio proviene dalla diminuzione o dalla perdita della capacità di conformarsi alle aspettative o alle norme proprie dell’universo che circonda il soggetto.

L’handicap si manifesta pertanto allorché vi è una compromissione della capacità di sostenere quelle che possono essere definite “funzioni della sopravvivenza”: orientamento, indipendenza fisica, mobilità, impegno occupazionale, integrazione sociale, autosufficienza economica.

La condizione di handicap può quindi comportare una ridotta integrazione sociale (emarginazione, isolamento) della persona, dovuta sia ai fattori intrinseci (invalidità e incapacità lavorativa), sia estrinseci (caratteristiche sfavorevoli del mercato del lavoro, barriere architettoniche, carenze organizzative a livello scolastico, ecc.).

La legge 104/92, sempre all’articolo 3, afferma che la persona handicappata ha diritto alla piena integrazione sociale e lavorativa e a ricevere le prestazioni stabilite dalle leggi, in rapporto alla natura e alla consistenza della minorazione. Qualora la minorazione abbia ridotto l’autonomia personale, correlata all’età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione di *handicap assume connotazione di gravità* determinando priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici²².

²² Legge 104/92, art. 3 (*Soggetti aventi diritto*): “/.../ 2. La persona handicappata ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla natura e alla consistenza della minorazione, alla capacità complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie riabilitative. - 3. Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l’autonomia personale, correlata all’età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici. /.../”.

2.3. La valutazione della condizione di handicap e i benefici garantiti dalla legge

La valutazione della condizione di handicap viene effettuata dalla Commissione medica (dell'ASL e dell'INPS), presieduta da uno specialista in medicina legale, istituita per la valutazione della condizione di invalidità civile, integrata però da un operatore sociale e da un esperto in materia²³.

I benefici garantiti ai portatori di handicap, diversificati in relazione alla situazione di handicap (semplice o grave) o a particolari condizioni relazionali e biologiche, mirano a compensare le diverse situazioni di svantaggio al fine di favorire la piena integrazione nella vita sociale e lavorativa, garanzie queste estese anche alle persone straniere e apolide residenti, domiciliati o aventi stabile dimora²⁴, fra cui: - integrazione scolastica (artt. 8 e 13), lavorativa (art. 17 e seg.), nella vita sociale (art. 8); - aiuto personale (art. 8); - residenza in speciali comunità alloggio e centri socio-riabilitativi (art. 10); - posteggi riservati e accesso con la vettura alle zone pedonali (artt. 27 e 28); - rimozione barriere architettoniche di strutture sportive, ricreative e turistiche (art. 23); - accesso alla informazione e alla comunicazione (art. 25); - detrazione dal reddito complessivo delle spese mediche o di assistenza inerenti la condizione di handicap (art. 32); - assistenza specialistica, fornitura di protesi, ecc., soggiorno all'estero per cure (art. 11); - riserva di alloggi da parte dei Comuni (art. 31).

La legge riserva poi una particolare attenzione alle attività di prevenzione da attuarsi nell'ambito del S.S.N., con particolare riguardo sia al periodo pre-natale sia alle diagnosi precoci, anche e specialmente attraverso l'informazione e l'educazione sanitaria (art. 6²⁵).

²³ Legge 104/92, art. 4 (*Accertamento dell'handicap*): "Gli accertamenti relativi alla minorazione, alle difficoltà, alla necessità dell'intervento assistenziale permanente e alla capacità complessiva individuale residua, di cui all'art. 3, sono effettuati dalla unità sanitarie locali mediante le commissioni mediche di cui all'art. 1 della legge 15 ottobre 1990, n°295, che sono integrate da un operatore sociale e da un esperto nei casi da esaminare, in servizio presso le unità sanitarie locali."

²⁴ Legge 104/92, art. 3 (*Soggetti aventi diritto*): ".../ 4. La presente legge si applica anche agli stranieri e agli apolide, residenti, domiciliati o aventi stabile dimora nel territorio nazionale. Le relative prestazioni sono corrisposte nei limiti ed alle condizioni previste dalla vigente legislazione o da accordi internazionali."

²⁵ Legge 104/92, art. 6 (*Prevenzione e diagnosi precoce*): "1. Gli interventi per la prevenzione e la diagnosi prenatale e precoce delle minorazioni si attuano nel quadro della programmazione sanitaria di cui agli artt. 53 e 55 della legge 23 dicembre 1978, n°833, e suc-

2.4. Misure contro la discriminazione

Ancora recentemente il legislatore si è occupato delle persone portatrici di disabilità, emanando la legge 1 marzo 2006, n°67, *“Misure per la tutela giudiziaria delle persone con disabilità vittime di discriminazione”*, onde *“promuovere la piena attuazione del principio di parità di trattamento e delle pari opportunità nei confronti delle persone con disabilità di cui all’articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n°104, al fine di garantire alle stesse il pieno godimento dei loro diritti civili, politici, economici e sociali”* (art. 1,1), garantendo una specifica tutela giuridica al disabile in qualunque modo eventualmente discriminato. Invece di parlare di *“emarginazione”*, viene qui messo l’accento sulla nozione di *“discriminazione”*, *“diretta”*, *“indiretta”* o da *“comportamenti indesiderati”*, in quanto *“il principio di parità di trattamento comporta che non*

cessive modificazioni. - 2. Le Regioni, conformemente alle competenze e alle attribuzioni di cui alla legge 8 giugno 1990, n°142, e alla legge 23 dicembre 1978, n°833, e successive modificazioni, disciplinano entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge: a) l’informazione e l’educazione sanitaria della popolazione sulle cause e sulle conseguenze dell’handicap, nonché sulla prevenzione in fase preconcezionale, durante la gravidanza, il parto, il periodo neonatale e nelle varie fasi di sviluppo della vita, e sui servizi che svolgono tali funzioni; b) l’effettuazione del parto con particolare rispetto dei ritmi e dei bisogni naturali della partoriente e del nascituro; c) l’individuazione e la rimozione, negli ambienti di vita e di lavoro, dei fattori di rischio che possono determinare malformazioni congenite e patologie invalidanti; d) i servizi per la consulenza genetica e la diagnosi prenatale e precoce per la prevenzione delle malattie genetiche che possono essere causa di handicap fisici, psichici, sensoriali di neuromotulesioni; e) il controllo periodico della gravidanza per la individuazione e la terapia di eventuali patologie complicanti la gravidanza e la prevenzione delle loro conseguenze; f) l’assistenza intensiva per la gravidanza, i parti e le nascite a rischio; g) nel periodo neonatale, gli accertamenti utili alla diagnosi precoce delle malformazioni e l’obbligatorietà del controllo per l’individuazione ed il tempestivo trattamento dell’ipotiroidismo congenito, della fenilchetonuria e della fibrosi cistica. Le modalità dei controlli e della loro applicazione sono disciplinate con atti di indirizzo e coordinamento emanati ai sensi dell’art. 5, primo com., della legge 23 dicembre 1978, n°833. Con tali atti possono essere individuate altre forme di endocrinopatie e di errori congeniti del metabolismo alle quali estendere l’indagine per tutta la popolazione neonatale; h) un’attività di prevenzione permanente che tuteli i bambini fin dalla nascita anche mediante il coordinamento con gli operatori degli asili nido, delle scuole materne e dell’obbligo, per accertare l’inesistenza o l’insorgenza di patologie e di cause invalidanti e con controlli sul bambino entro l’ottavo giorno, al trentesimo giorno, entro il sesto ed il nono mese di vita e ogni due anni dal compimento del primo anno di vita. È istituito a tal fine un libretto sanitario personale, con le caratteristiche di cui all’art. 27 della legge 23 dicembre 1978, n°833, su cui sono riportati i risultati dei suddetti controlli ed ogni altra notizia sanitaria utile a stabilire lo stato di salute del bambino; i) gli interventi informativi, educativi, di partecipazione e di controllo per eliminare la nocività ambientale e prevenire gli infortuni in ogni ambiente di vita e di lavoro, con particolare riferimento agli incidenti domestici. - 3. Lo Stato promuove misure di profilassi atte a prevenire ogni forma di handicap, con particolare riguardo alla vaccinazione contro la rosolia.”

può essere praticata alcuna discriminazione in pregiudizio delle persone con disabilità” (art. 2²⁶).

²⁶ Legge 67/2006, art. 2 (*Nozione di discriminazione*): “/.../ 2. Si ha discriminazione diretta quando, per motivi connessi alla disabilità, una persona è trattata meno favorevolmente di quanto sia, sia stata o sarebbe trattata una persona non disabile in situazione analoga. - 3. Si ha discriminazione indiretta quando una disposizione, un criterio, una prassi, un atto, un patto o un comportamento apparentemente neutri mettono una persona con disabilità in una posizione di svantaggio rispetto ad altre persone. - 4. Sono, altresì, considerati come discriminazioni, le molestie ovvero quei comportamenti indesiderati, posti in essere per motivi connessi alla disabilità, che violano la dignità e la libertà di una persona con disabilità, ovvero creano un clima di intimidazione, di umiliazione e di ostilità nei suoi confronti.”

4. Le dipendenze da sostanze

1. Introduzione

Anche l'uso, l'abuso e/o la dipendenza da sostanze alcoliche o stupefacenti, spesso da parte di soggetti giovani "fragili" con varie tipologie di problemi, rientra fra i compiti di cui si è fatto carico il S.S.N., visti i notevoli danni alla salute, e non solo, da essi derivanti.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), definisce tossicodipendenza (o tossicomania) uno "*stato di intossicazione periodica o cronica, prodotto dalle ripetute assunzioni di una sostanza naturale o sintetica*".

Uno stato di dipendenza da sostanze è caratterizzato da: - 1. desiderio incoercibile per la sostanza di abuso; - 2. dipendenza ("*addiction*"), prima psichica poi spesso anche fisica nei confronti della sostanza; - 3. tolleranza ("*escalation*"), la necessità, cioè, di aumentare progressivamente la dose per raggiungere l'effetto desiderato¹; - 4. crisi di astinenza (conseguenza dello stato di dipendenza fisica) in seguito alla brusca sospensione dell'assunzione della sostanza di abuso²; - 5. grave compromissione della salute e validità dell'assuntore e comparsa di disturbi comportamentali con ripercussioni negative non solo per lo stesso, ma anche per la collettività.

¹ Def. Il termine di *tolleranza* sta ad indicare una diminuita risposta alla sostanza, a parità di dose, che insorge, per alcune sostanze e per certi effetti, in seguito ad una sua assunzione protratta. Si possono distinguere due tipi di tolleranza acquisita: una *farmacocinetica*, dovuta ad un aumento della velocità di metabolizzazione, e una *farmacodinamica*, derivante da modificazioni adattative all'interno dei sistemi interessati, con conseguente riduzione della risposta a parità di concentrazione.

² N.B. Con il termine di "*abuso*" di sostanze si vuole indicare l'uso, per autosomministrazione, di qualsiasi sostanza in un modo che si discosta dalle norme mediche o sociali; nel linguaggio giuridico la locuzione "*abuso*" indica l'uso di sostanze illecite.

Con il termine *dipendenza* si vuole così intendere l'atteggiamento per cui l'assunzione della sostanza diventa per il soggetto prioritaria rispetto ad altre attività che, in precedenza, avevano invece importanza.

Il confine tra un uso "non dipendente" e uno "dipendente" è spesso sfumato. Un criterio per accertare una condizione di dipendenza può essere la coesistenza di tre o più delle seguenti condizioni: - assunzione della sostanza con frequenza maggiore rispetto alle intenzioni; - insuccesso degli sforzi volti ad interromperne o ridurne l'uso; - prosecuzione dell'uso nonostante gli effetti negativi; - notevole tempo impiegato per procurarsi la sostanza o riprendersi dagli effetti; - intossicazioni frequenti o sintomi da astinenza; - uso frequente per alleviare i sintomi dell'astinenza; - abbandono delle attività sociali od occupazionali a causa dell'uso della sostanza; - rilevante tolleranza.

La dipendenza si distingue in fisica (*assuefazione*) e psichica (*abitudine*).

La dipendenza *fisica* consiste in uno stato di alterata condizione fisiologica o nella comparsa di disturbi fisici di rilevante entità che richiedono la continua assunzione della sostanza e si accompagna al fenomeno della tolleranza. Ove la sua somministrazione venga bruscamente interrotta, si manifestano i diversificati sintomi della cosiddetta sindrome di astinenza, dipendenti dal tipo di sostanza, dalla modalità di assunzione, dalla dose e dalla personalità del soggetto, con manifestazioni solitamente opposte a quelle indotte dalla sostanza di abuso. Il grado di dipendenza può essere misurato dalla gravità dei sintomi della sindrome di astinenza.

La dipendenza *psichica*, secondo la definizione fornita dal comitato di esperti dell'OMS, consiste in "*uno stato di disagio prodotto dall'acuta sottrazione di una sostanza chimica ad un individuo che è stato ad essa esposto cronicamente o ripetutamente, che può essere alleviato dalla rinnovata somministrazione della sostanza, o di un'altra, purché provvista di azioni farmacologiche simili. Il disagio può consistere in una aspecifica, maldefinita insoddisfazione, che conduce ad un desiderio variabile in intensità, da lieve a incoercibile, degli effetti codificati di detta sostanza*".

La dipendenza psichica può instaurarsi per qualunque sostanza dalla quale ci si aspettano effetti particolari ed è in relazione alla personalità dell'assuntore. Spesso, ma non necessariamente, si accompagna a tolleranza che può persistere con variabile intensità, e talora per molto tempo, dopo l'interruzione dell'assunzione della sostanza stessa, manifestandosi con la pulsione ad assumerla per ottenere sensazioni piacevoli o evitare quelle spiacevoli.

Il passaggio dallo stato di semplice abitudine ad una vera e propria condizione di dipendenza è in rapporto sia con le motivazioni, la personalità e le caratteristiche cliniche individuali, sia con le proprietà farmacologiche, la dose, la via di somministrazione della sostanza, ecc.

2. I servizi di prevenzione, cura e riabilitazione per le tossicodipendenze

Il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) interviene nel trattamento delle tossicodipendenze attraverso i Ser.T. (servizi per le tossicodipendenze)³, in base all'articolo 118 del “*Testo Unico (T.U.) delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti⁴ e sostanze psicotrope⁵, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, 309/1990*”, strutture di riferimento delle ASL per i soggetti tossicodipendenti e le loro famiglie, garantendo agli interessati la riservatezza degli interventi e, ove richiesto, l'anonimato⁶ (diritto, per chi ne fa richiesta, a che la scheda sanitaria non contenga le generalità né altri dati che valgono alla sua identificazione⁷), ed assicurando in ogni caso la disponibilità dei principali trattamenti di carattere psicologico, socio-riabilitativo e medico-farmacologico, nell'arco delle ventiquattro ore e per tutti i giorni della settimana.

³ N.B. I Ser.T. sono stati istituiti con l'approvazione della *legge 26 giugno 1990, n°162* che, all'art. 27, prevede una delega al Ministero della Sanità di adottare norme per la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali di tali servizi, norme approvate poi con il *decreto del Ministero della Sanità 30 novembre 1990, n°444*. Dette strutture sono inoltre contemplate all'art.118 del T.U. delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti, prevenzione, cura e diagnosi, n°309 del 1990. - Dati tratti dal testo del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 indicano la presenza sul territorio di 555 Ser.T., che hanno in carico circa 150.400 utenti, numero questo in aumento rispetto agli anni passati. Sul territorio sono inoltre attive numerose strutture socio-riabilitative residenziali e semi-residenziali, per lo più gestite dal privato sociale, che assistono circa 19.450 tossicodipendenti.

⁴ Def. Sostanza *stupefacente*: sostanza la cui azione sedativa, analgesica, narcotica ed euforizzante provoca a lungo andare assuefazione e tossicomania.

⁵ Def. Sostanza *psicotropa* è quella che possiede la proprietà di agire sull'attività cerebrale.

⁶ Legge n°162/90, art. 29 (*Terapia volontaria e anonimato*): “/.../ 3. Gli interessati, a loro richiesta, possono beneficiare dell'anonimato nei rapporti con i servizi, i presidi e strutture delle ASL, nonché con i medici, gli assistenti sociali e tutto il personale addetto o dipendente /.../ - 5. I dipendenti del Ser.T. non possono essere obbligati a deporre su quanto hanno conosciuto per ragione della propria professione, né davanti all'autorità giudiziaria né davanti ad altra autorità /.../ - 6. Ogni Regione o provincia autonoma provvederà a elaborare un modello unico regionale di scheda sanitaria /.../ - 7. Il modello di scheda sanitaria dovrà prevedere un sistema codificato atto a tutelare il diritto all'anonimato del paziente e a evitare duplicazioni del carteggio”.

⁷ N.B. In seguito al Referendum Popolare del 18 aprile 1993 è stato abrogato l'obbligo del medico di inviare al Ser.T. la scheda sanitaria di segnalazione riguardante l'assistenza di persone dedite all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope. Esiste comunque ancora l'obbligo di segnalazione da parte dell'Autorità giudiziaria o del Prefetto, allorché questi vengano a conoscenza di persone che facciano uso di sostanze nel corso del procedimento di loro competenza, segnalazione da presentare al Ser.T., al quale spetta quindi convocare la persona segnalata per la definizione del programma terapeutico e socio-riabilitativo.

In base alla legge 26 giugno 1990, n°162⁸, poi riconfermato al titolo XI (Interventi preventivi, curativi e riabilitativi), articolo 120, del D.P.R. 9 ottobre 1990, n°309 (*Testo unico sulla prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza*), viene stabilito che chiunque faccia uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope, può rivolgersi volontariamente al Ser.T. al fine di essere sottoposto ad accertamenti diagnostici e di definire un programma terapeutico e socio-riabilitativo. Tale richiesta può essere fatta anche dal soggetto minore di età o l'incapace di intendere o di volere, o personalmente o in sua vece da chi esercita la patria potestà o la tutela⁹. I relativi interventi, sia trattamentali sia preventivi, quando obiettive circostanze lo rendano opportuno, sono effettuati a domicilio o in altre idonee strutture, in quanto il soggetto richiedente ha facoltà di scegliere il luogo di cura, anche lontano dalla propria residenza, purché la struttura individuata sia regolarmente registrata e abilitata al trattamento.

Il personale dei Ser.T. è composto da medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri, educatori professionali.

Le competenze dei Ser.T. sono le seguenti: - attuare interventi di informazione e prevenzione, specie nei confronti delle fasce giovanili; - effettuare interventi di primo sostegno ed orientamento per i tossicodipendenti e le loro famiglie; - accertare lo stato di salute psicofisica del soggetto anche in riferimento alle condizioni sociali; - certificare lo stato di tossicodipendenza, ove richiesto dagli interessati o per le finalità di cui alla legge n°162/1990; - definire i programmi terapeutici individuali, compresi gli interventi socio-riabilitativi; - realizzare direttamente o in convenzione con le strutture di recupero sociale, il programma terapeutico e socio-riabilitativo; - valutare periodicamente l'andamento e i risultati del trattamento e dei programmi di intervento sui singoli tossicodipendenti in riferimento agli aspetti di carattere clinico, psicologico, sociale, nonché in termini di cessazione di assunzione di sostanze stupefacenti; - rilevare i dati statistici ed epidemiologici relativi alla propria attività e al territorio di competenza.

Infine, avvalendosi anche delle strutture di recupero sociale, i Ser.T. attuano periodicamente sui tossicodipendenti in trattamento interventi relativi

⁸ Legge 164/1990, "Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge 22 dicembre 1975, n°685, recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza".

⁹ Legge 162/90, art. 29 (*Terapia volontaria e anonimato*): "1. Chiunque fa uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope, può chiedere al servizio pubblico per le tossicodipendenze di essere sottoposto ad accertamenti diagnostici e di definire un programma terapeutico e socio-riabilitativo. - 2. Qualora si tratti di persona minore di età o incapace di intendere e di volere, la richiesta d'intervento può essere fatta, oltre che personalmente dall'interessato, da coloro che esercitano su di lui la potestà parentale o tutela."

alla prevenzione delle infezioni da HIV e delle altre patologie correlate alla tossicodipendenza, attraverso: - individuazione dei comportamenti a rischio; - informazione ed educazione sanitaria; - visite mediche e interventi diagnostici e terapeutici; - test di laboratorio per l'HIV, previo consenso e con relativo supporto psicologico; - test di gravidanza, previo consenso e con gli adeguati interventi di consulenza.

La legislazione riguardo la tossicodipendenza ha subito diversi orientamenti; infatti, si è passati da una prima fase in cui veniva relegata al mero ambito penalistico repressivo, ad una seconda fase che la intende o come pura forma di devianza, meritoria di misure amministrative e di recupero, o, più spesso, come vera e propria malattia, necessitante quindi di assistenza e cura.

In seguito al D.P.R. del 5 giugno 1993, n°171, vige la non perseguibilità penale del semplice uso di sostanze stupefacenti e/o psicotrope se non accompagnato da attività criminali, quali il commercio e lo spaccio. Con la legge n°49 del 2006 viene comunque reintrodotta la soglia quantitativa di sostanza al di sopra della quale scatta la presunzione di spaccio e il confine tra uso personale e spaccio viene fissato da una apposita tabella ministeriale.

Sono comunque previste sanzioni amministrative per l'uso delle sostanze stupefacenti (sospensione della patente di guida, della licenza di porto d'armi, del passaporto e di ogni altro documento equipollente o, se trattasi di straniero, del permesso di soggiorno per motivi di turismo, da un mese fino a un anno).

Competente ad applicare la sanzione amministrativa è il Prefetto del luogo ove è stato commesso il fatto, che può, per una sola volta, limitarsi al formale invito a non fare più uso delle sostanze stesse avvertendo il soggetto delle conseguenze a suo danno¹⁰.

3. Dipendenza da alcol (Alcolismo)

3.1. Introduzione

Secondo dati recenti, in Italia vi sarebbe circa un milione di soggetti alcolisti, di cui il 75% si collocherebbe fra i trenta e i cinquantanove anni di

¹⁰ N.B. Il Prefetto, inoltre, ove l'interessato volontariamente richieda di sottoporsi ai programmi terapeutici e socio-riabilitativi può sospendere il procedimento amministrativo e disporre che il soggetto si presenti al Ser.T della ASL di competenza per territorio che predisporrà il programma terapeutico di recupero. Se, ottemperando alle relative prescrizioni, il programma stabilito è stato attuato e si è concluso positivamente, il Prefetto dispone l'archiviazione degli atti. In caso contrario, interviene il Giudice con funzioni di controllo dell'ottemperanza ai programmi psico-riabilitativi.

età, mentre il 9% tra diciannove e ventinove anni¹¹. L'abuso di sostanze alcoliche è in progressivo aumento, specie tra i giovani, che ne inizierebbero il consumo tra i dieci e i sedici anni.

L'alcolismo costituisce ormai un grave problema per la salute pubblica¹², tanto che la legge n°125 del 30 marzo 2001, "*Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati*"¹³, ha richiesto l'attivazione di insegnamenti di alcologia all'interno dei corsi di laurea in professioni sanitarie a fini sia conoscitivi sia preventivi¹⁴.

In base all'articolo 1, secondo comma, della succitata legge, "*per bevanda alcolica si intende ogni prodotto contenente alcol alimentare con gradazione superiore a 1,2 gradi di alcol e per bevanda superalcolica ogni prodotto con gradazione superiore al 21 per cento di alcol in volume*".

L'alcol etilico deriva notoriamente dalla fermentazione degli idrati di carbonio, ma è ottenibile anche per sintesi. In base alla diversa gradazione percentuale alcolica si possono distinguere: - bevande alcoliche *fermentate* (vino, birra, sidro¹⁵ e idromele¹⁶: gradazione fino a 12-13%); - bevande alcoliche *distillate* (ottenute per distillazione di mosti fermentati di frutta o cereali diversi: gradazione alcoolica solitamente superiore al 40%); - bevande alcoliche *liquorose* (ottenute con l'aggiunta di zucchero a distillati di

¹¹ N.B. Solo circa 26.700 soggetti alcolisti sarebbero in cura (20.500 maschi e 6.200 femmine). Ogni anno, in seguito a patologie alcol-correlate, morirebbero circa 4000 persone e si stima che un quarto degli incidenti stradali sia correlato all'assunzione di bevande alcoliche.

¹² N.B. Il problema sanitario degli stati di dipendenza latamente intesi, è stato già ampiamente percepito da diversi codici di deontologia delle professioni sanitarie: CdMC art. 75.

¹³ N.B. La legge 125/2001 contiene le norme finalizzate alla prevenzione, alla cura e al reinserimento sociale dei soggetti alcolodipendenti. Le finalità della legge sono: - tutelare il diritto delle persone, in particolare dei bambini e degli adolescenti, ad una vita familiare, sociale e lavorativa protetta dalle conseguenze legate all'abuso di bevande alcoliche e superalcoliche; - favorire l'accesso delle persone che abusano di bevande alcoliche e superalcoliche e dei loro familiari a trattamenti sanitari e assistenziali adeguati; - favorire l'informazione e l'educazione sulle conseguenze derivanti dal consumo e dall'abuso di bevande alcoliche e superalcoliche; - promuovere la ricerca e garantire adeguati livelli di formazione di aggiornamento del personale che si occupa del problema; - favorire le organizzazioni del privato sociale senza scopo di lucro e le associazioni di auto-mutuo aiuto finalizzate a prevenire o a ridurre i problemi alcol correlati.

¹⁴ N.B. Il problema dell'etilismo è sempre più sentito e tra i più recenti obiettivi perseguiti dal S.S.N. figura la riduzione del 20% della prevalenza di individui che consumano più di 40 gr (uomini) o 20 gr (donne) di alcol al giorno; la riduzione del 30% di coloro che assumono alcol fuori pasto; la riduzione del 30% degli uomini che consumano più di un litro di vino al giorno e di donne che consumano più di un litro di birra al giorno.

¹⁵ Def. *Sidro*: Bevanda a bassa gradazione alcolica, dal sapore dolce acidulo, ottenuta dalla fermentazione di succhi di frutta, specie di mele e pere.

¹⁶ Def. *Idromele*: Bevanda alcolica tratta dal miele diluito con acqua e fermentato con lungo e lento calore.

frutta o di erbe oppure per infusione di erbe o di semi: gradazione alcolica oscillante tra 25-50%).

La *via di assunzione* più frequente è quella *gastroenterica*; dopo l'assunzione l'alcol raggiunge il massimo della concentrazione ematica in soli 5-10 minuti se l'individuo è digiuno, mentre in 40 minuti se ha assunto alimenti (l'assorbimento è importante specie a livello gastrico, essendo l'alcol liposolubile)¹⁷.

L'*eliminazione* dell'alcol etilico dall'organismo avviene per lo più (circa il 90%) a livello epatico attraverso la degradazione enzimatica (alcoldeidrogenasi); la restante quota viene eliminata o, senza subire modificazioni chimiche, a livello renale, o a livello polmonare o, in minima parte, attraverso la cute. I prodotti finali della degradazione dell'alcol sono acqua e anidride carbonica¹⁸.

L'alcol etilico *agisce* a livello del sistema nervoso centrale, esercitando un effetto depressivo sulla generazione, conduzione e trasmissione degli impulsi nervosi a livello sinaptico, effetto questo potenziato dall'eventuale contemporanea assunzione di altre sostanze ad azione depressiva, quali ad esempio psicofarmaci¹⁹.

La diversità e la differente gravità delle manifestazioni cliniche e dei disturbi comportamentali dovuti all'alcool dipendono sia dalla sua concentra-

¹⁷ N.B. L'assorbimento viene influenzato dalla quantità di bevanda alcolica ingerita, dalla sua gradazione (aumenta con la gradazione), dallo stato della mucosa gastrica (aumenta in caso di infiammazione o lesione), dal tipo di sostanze ingerite in precedenza (protidi, glucidi, lipidi), da eventuali stati febbrili, da condizioni di stress o di affaticamento, dalle condizioni climatico-ambientali, ecc. - Lo studio accurato degli eventuali fattori influenzanti l'assorbimento di una data quantità di alcol può avere importanza per *stabilire il grado di ubriachezza* (piena o solo parziale) del soggetto, quindi per una definizione delle effettive capacità di intendere e di volere del soggetto nel momento in cui ha posto in essere un determinato comportamento che determina conseguenze giuridiche.

¹⁸ N.B. L'andamento della concentrazione dell'alcol a livello ematico può essere evidenziato attraverso cosiddetta curva alcolemica, caratterizzata da una rapida parte ascendente, corrispondente alla fase di assorbimento post-ingestione, e dalla relativa lentezza della parte discendente, correlata alla fase di degradazione (inizia in modo rapido, ma si completa lentamente). Ciò significa che, dopo l'ingestione, la concentrazione ematica dell'alcol cresce rapidamente, mentre il ritorno ai valori normali avviene in modo più lento; da qui il pericolo anche mortale derivante dall'ingestione troppo rapida di elevate quantità di alcol: la lentezza della fase di degradazione rende conto, infatti, del pericoloso fenomeno di accumulo, sino al raggiungimento della dose tossica letale.

¹⁹ N.B. Anche l'effetto inebriante è spiegabile con tale azione depressiva, in quanto viene depressa l'azione dei centri corticali deputati al controllo inibitorio.

zione ematica sia da molteplici altri fattori, tra cui la tolleranza individuale, l'età, "lo stato anteriore", ecc.²⁰

A seconda del tasso alcolemico, si verificano generalmente le seguenti manifestazioni cliniche: - 0,2 gr/mille: socievolezza, espansività, rossore al volto, aumento della secrezione gastrica; diminuita percezione dei rischi; - 0,5-0,8 gr/mille: diminuzione dei freni inibitori; talora deficit delle capacità prestazionali e visive (con restringimento del campo visivo); - 0,8-1,2 gr/mille: prevale l'azione depressiva sui centri motori con perdita dell'autocontrollo, disturbi dell'equilibrio e motori (i movimenti appaiono grossolani, insicurezza nella deambulazione), si accentua il deficit delle prestazioni intellettive con restringimento del campo di coscienza; tempi di reazione aumentati, torpore psichico, sonnolenza, a volte sonno profondo; al risveglio presenza di cefalea, nausea, malessere generale; - 1,2 gr/mille - 2 gr/mille: stato di evidente ubriachezza con incoordinazione motoria, atassia e agrafia; - > 2,5gr/mille: può aversi stato stuporoso o comatoso, sino alla morte per paralisi dei centri respiratori e vasomotori con collasso periferico (> 4 gr/mille).

3.2. Accertamento dell'alcolemia

La presenza di alcol etilico nell'organismo può essere rilevata e dosata in qualsiasi liquido biologico (sangue, urina, saliva, umidità presente nell'aria espirata). Tali accertamenti rivestono notevole importanza anche in relazione ad indagini medico-legali eventualmente richieste in caso di commissione di reati in situazioni di ubriachezza o intossicazione cronica da alcol (vedi capitolo imputabilità e abuso di alcol), sia in caso di guida in stato di ebbrezza²¹.

²⁰ Def. Si parla di "ebbrezza patologica", caratterizzata da un esordio brusco con agitazione psico-motoria e disturbi dello stato di coscienza, quella che si presenta già a dosi minime di sostanza alcolica assunte da un individuo che presenta abnorme reattività all'alcol.

²¹ Il regolamento recante l'individuazione degli strumenti e delle procedure per l'accertamento dello stato di ebbrezza, n°0196 del 22 maggio 1990, all'art.1, recita: "1. /.../ qualora in base al valore della concentrazione di alcol nell'aria espirata la concentrazione alcolemica corrisponda o superi 0,8 grammi per litro (In base alla legge n°125/2001, tale limite si è abbassato a 0,5 gr/mille), il soggetto viene ritenuto in stato di ebbrezza; - 2. Detta concentrazione dovrà risultare da almeno due determinazioni concordanti effettuate ad un intervallo di tempo di 5 minuti." - Sullo stesso argomento si esprime il D.P.R. del 16 dicembre 1992, n°495, contenente il regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo codice della strada. L'art. 186 del nuovo codice della strada intitolato "guida sotto l'influenza dell'alcol", recita: "è vietato guidare in stato di ebbrezza in conseguenza dell'uso di bevande alcoliche". Al secondo comma dello stesso articolo si precisa che, in caso di accertata positività, sono previste, a fianco delle sanzioni amministrative di ordine pecuniario, sanzioni penali (arresto da un mese a un anno) e accessorie rappresentate dal ritiro e sospensione della patente di guida, da 15 giorni a tre mesi. - "Quando si abbia motivo di ritenere che il sog-

Le metodiche usate per una precisa diagnosi di abuso di sostanze alcoliche sono: - la valutazione dell'alcolemia tramite determinazione diretta del tasso alcolemico²²; - la valutazione indiretta del tasso alcolemico, mediante la misura della concentrazione dell'alcol nell'aria alveolare espirata²³; - la misurazione dell'alcoluria; - la verifica di un aumento delle transaminasi glutammico-ossalacetiche (AST); - la valutazione del rapporto fra AST mitocondriale e AST totale; - la misurazione della gamma-glutamyl-transpedidasi (GGT); - la misurazione del volume corpuscolare medio (VCM) dei globuli rossi; ecc.

3.3. Intossicazione acuta e cronica da alcol

L'assunzione di sostanze alcoliche può determinare una intossicazione acuta o cronica.

a) L'*intossicazione acuta*, che può derivare sia da ingestione di bevande alcoliche sia da inalazione di vapori di etanolo (specie di soggetti ad essi esposti per motivi professionali), determina alterazioni psichiche variabili da uno stato di semplice euforia o ebbrezza alcolica sino alla vera e propria ubriachezza. Le manifestazioni cliniche, pur essendo variamente intense, sono generalmente transitorie, sempre che non si tratti di veri e propri avvelenamenti mortali, evenienza peraltro piuttosto rara.

b) L'*intossicazione cronica* si manifesta invece con un lento, ma progressivo, degrado fisico-psichico dell'assuntore, correlato ad uno stato di dipendenza psico-fisica dall'alcol (S.D.A. sindrome da dipendenza alcolica²⁴).

getto si trovi in stato di alterazione psico-fisica" da alcol (art. 186, comma 4), agli organi di Polizia Stradale è data la facoltà di effettuare gli accertamenti secondo le procedure e gli strumenti determinati per regolamento e procedere alle sanzioni previste, qualora la sintomatologia sia confermata ovvero quando il tasso alcolemico risulti superiore al limite massimo dello 0,5 g/l".

²² N.B. Il livello ematico è direttamente proporzionale alla quantità assorbita ed è in costante equilibrio con l'alcol presente a livello cerebrale, concentrazione questa responsabile degli effetti sulla persona.

²³ N.B. Uso dell'etilometro; una delle vie di eliminazione dell'alcol è l'aria espirata, dove l'etanolo è solubilizzato nell'umidità. La concentrazione di alcol nell'aria espirata è pari a circa 1/2000 rispetto alla concentrazione ematica.

²⁴ N.B. Nel quadro della *sindrome da dipendenza alcolica* (SDA) si possono manifestare vere e proprie sindromi psichiatriche: 1. alterazione organica della personalità (pseudopsicopatia alcolica), caratterizzata da compromissione dei poteri intellettivi e volitivi, declassamento sociale con deperimento del ruolo lavorativo e familiare, di cui generalmente l'alcolista mantiene una penosa consapevolezza; - 2. delirium tremens, contrassegnato da importanti tremori, fino a vere crisi epilettiche, da allucinazioni a contenuto terrifico (zoopsie e micro-zoopsie), che provoca nel soggetto l'assunzione di comportamenti di difesa in-

Diversi fattori, fisici (metabolici, neurologici), psichici (sofferenza psichica può facilitare la ricerca di conforto nell'alcol), sociali (cultura del bere, pressione sociale, abitudini e stili di vita) e, a volte, una certa familiarità, concorrerebbero nello sviluppo dell'alcolismo. L'alcolista perde gradualmente la capacità di astenersi dall'alcol, ne è soggiogato e l'intera sua vita è incentrata su come soddisfare il bisogno di dosi sempre crescenti. Si tratta di un disturbo comportamentale, che trova nell'alcol il rimedio più semplice per alleviare ansia ed angoscia.

Possono portare all'etilismo: - assunzione quotidiana di notevoli quantità; - abitudine a bere dosi eccessive, specie durante i fine settimana; - periodi di sobrietà, intervallati da cicli di assunzione smodata con periodi di intossicazione della durata di settimane o mesi.

L'alcolismo, nella sua forma cronica, costituisce una vera e propria malattia, a sviluppo lento, una tossicomania caratterizzata da una assunzione compulsiva, con progressiva perdita della capacità di controllare il desiderio per l'alcol, incurante dei rischi e dei danni che ne derivano sul piano sociale²⁵, relazionale e sanitario. I diversi quadri clinici dell'alcolismo sono connotati dalla coesistenza di alterazioni somatiche²⁶,

congrui verso il contenuto delle proprie allucinazioni, onde il valore criminogeno di questi stati, caratterizzati inoltre da grande suggestionabilità del soggetto (N.B. l'art. 643 c.p. delitto di "circonvenzione di persona incapace", punisce chiunque abusi di soggetti che versino in tali condizioni), disorientamento nei confronti dell'ambiente con conservazione dell'orientamento nei riguardi del proprio corpo; può insorgere una insonnia ostinata che dura per tutta la durata del decorso della crisi (si esaurisce, dopo due o tre giorni, con un sonno profondo da cui il paziente si risveglia completamente orientato); - 3. psicosi di Korsakow, una sindrome amnesica con incapacità di ricordare le esperienze recenti, disorientamento temporale e confabulazione; - 4. allucinosi alcolica, caratterizzata da allucinazioni prevalentemente uditive, vissute in genere in condizioni di lucidità di coscienza e correlate a deliri di tipo persecutorio o a contenuto sessuale, che possono anche durare diverse settimane e se il soggetto continua a bere, può evolvere in quadri di demenza organica. Il soggetto reagisce con comportamenti talora criminosi o, a volte, con azioni suicidarie; 5. sindrome di Wernicke, in cui è presente una associazione di oftalmoplegia e atassia con disturbi mentali di tipo onirico-confusionale; può evolvere verso il coma e la morte; - 6. demenza alcolica, caratterizzata da gravissimo decadimento intellettuale e volitivo, nonché etico, grave compromissione organica delle funzioni psichiche, deliri di gelosia, segni di atassia, dovuta ad atrofia cerebellare, segni polinevritici; - 7. malattia di Marchiafava-Bignami, encefalopatia dovuta da carenza nutritiva, interpretata come una forma di avitaminosi B1, che si manifesta con demenza progressiva, sintomi neurologici da deficit bilaterale dei lobi frontali.

²⁵ N.B. Oltre a rappresentare soggetti che spesso si rendono responsabili di maltrattamenti nei confronti dei familiari, presentano pericolosità nel comportamento su strada, specie alla guida di veicoli a motore, compromissione dell'attività lavorativa, graduale deperimento del ruolo sociale e possibilità di comportamenti autolesivi.

²⁶ N.B. Le alterazioni somatiche principali sono date dall'epatopatia alcolica, sino a quadri di cirrosi epatica, dalla gastrite cronica, dalla pancreatite cronica, dalla miocardiopatia tossica, da alterazioni endocrine e metaboliche e dall'encefalopatia porto-sistemica.

neurologiche²⁷ e psichiche²⁸ di varia importanza e gravità. Un soggetto viene considerato alcolista cronico, quando presenta una delle sindromi classificate come disturbi mentali organici, quali la sindrome da intossicazione alcolica, la sindrome da astinenza alcolica, il delirium da astinenza, l'allucinosis alcolica, il disturbo amnesico alcolico, demenza o deterioramento mentale.

La brusca sospensione dell'assunzione di alcol provoca, dopo circa 8 ore, la comparsa della sindrome da astinenza con tremori grossolani a carico della lingua e delle estremità distali degli arti superiori, convulsioni, ansia e angoscia, insonnia, stato confusionale, ipertensione arteriosa; nelle forme più gravi, allucinazioni uditive e visive. La sindrome di astinenza ha una durata variabile tra 7 e 14 giorni, ma spesso, superata la stessa, il desiderio di bere continua a persistere per lungo tempo.

4. Dipendenze da sostanze stupefacenti e/o psicotrope (Tossicodipendenze)

4.1. Introduzione

I dizionari definiscono stupefacente una *“sostanza naturale o di sintesi capace di determinare artificiosi stati di benessere, ma che usata di continuo, porta a decadimento etico, psichico e somatico”*. L'OMS assimila il termine droga a *“ogni sostanza che introdotta in un organismo vivente può modificarne una o più funzioni”*.

Le droghe (sostanze stupefacenti o psicotrope), chimicamente eterogenee, sono sostanze psicoattive, che alterano lo stato di coscienza, sono tossiche, possono determinare dipendenza e sono controllate dalla legge²⁹.

²⁷ N.B. Le principali alterazioni neurologiche consistono in quadri polinevritici, deficit sensoriali, disturbi della motilità oculare intrinseca ed estrinseca, disturbi della visione, tremori, crampi muscolari, alterazioni dei riflessi, incertezza nella deambulazione, deficit nella coordinazione motoria e nel mantenimento della stazione eretta.

²⁸ N.B. A livello psichico si evidenzia un progressivo decadimento delle facoltà intellettive, volitive e del senso etico. Caratteristici sono inoltre l'aggressività e la labilità del tono dell'umore.

²⁹ N.B. Se il T.U. riguardante prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza, DPR 9 ottobre 1990, n°309, prevedeva sei tabelle elencanti le sostanze stupefacenti o psicotrope, sottoposte alle vigilanze ed al controllo del ministero della Sanità, le nuove norme sugli stupefacenti, legge 28 febbraio 2006, n°49, *“Misure urgenti per garantire la sicurezza ed i finanziamenti per le prossime Olimpiadi invernali, nonché la funzionalità dell'Amministrazione dell'interno. Disposizioni per favorire il recupero di tossicodipendenti recidivi e modifiche al testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e*

In base alla loro origine, le droghe possono essere classificate come *naturali* (hashish, cocaina, morfina), *semisintetiche* e *sintetiche* (eroina, LSD, amfetamine); in base agli effetti vengono distinte in *sedative* (morfina, eroina, barbiturici), *psicostimolanti* (cocaina, anfetamine) e *psicoalteranti* (LSD, hashish, peyote).

4.1.1. Alcune sostanze di abuso

1. *Opiacei*: oppio, morfina, eroina, codeina e sostanze morfinosimili³⁰.

a. L'*Oppio* (dal greco *opion*=succo), ottenuto dal succo lattiginoso delle capsule immature ed incise della pianta *papaver somniferum album*, coltivato prevalentemente in Medio ed Estremo Oriente, presenta costituenti farmacologicamente attivi di natura alcaloidea (derivati del fenantrene ad azione euforizzante, depressiva, analgesica, e derivati della benzilisoquinolina, ad azione spasmolitica sulla muscolatura liscia). Gli alcaloidi dell'oppio sono ancora oggi tra i farmaci più efficaci per indurre stipsi, curare la diarrea o sedare il dolore.

L'oppio grezzo può essere fumato³¹ o mangiato, provocando una sensazione di leggerezza, di immortalità, di prestanza intellettuale e fisica, una beatitudine inerte e contemplativa, immaginazione esaltata, senza che le visioni acquistino carattere di vere e proprie allucinazioni. La droga assicura una sorta di "piacere negativo", determinato, cioè, dall'assenza di stimoli spiacevoli quali dolore, angoscia, paura, ecc. e da un'attenuazione degli stimoli esterni. In caso di intossicazione cronica e massiccia, si assiste a un

sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al DPR 9 ottobre 1990, n°309", facendo venir meno la distinzione fra droghe pesanti e leggere, le hanno raggruppato in sole *due tabelle*: la tabella I riporta le sostanze e droghe vegetali suscettibili di abuso (oppio, foglie di coca, cannabis e piante i cui principi attivi possono dare allucinazioni o distorsioni sensoriali, i loro derivati e di sintesi, sostanze di tipo anfetaminico e in dolico), la tabella II indica i principi attivi e le preparazioni medicinali distinte in 5 sezioni che suddividono i medicinali e le sostanze in funzione della loro capacità di indurre maggiore o minore dipendenza.

³⁰ N.B. *Tossicità degli oppiacei*: L'intossicazione *acuta* si manifesta con coma, shock e nei casi più gravi con arresto respiratorio e morte. Dal punto di vista anatomopatologico si evidenzia edema polmonare acuto, edema cerebrale acuto, alterazioni renali acute con insufficienza renale, insufficienza cardiaca acuta. – L'intossicazione *cronica* si manifesta con: trombosi venosa, grave decadimento organico, polinevrite diffusa, infezioni polmonari, ascessi cutanei, malattie psicosomatiche gravi, impotenza sessuale, psicosi tossica, epatopatia cronica, stato carenziale, ecc.

³¹ N.B. Si sostiene che la pratica del fumo di oppio a dosi moderate non sia più dannosa di quello della sigaretta, anche se induce lo stato di bisogno più rapidamente del tabacco.

progressivo decadimento fisico e psichico, che può arrivare fino ad una vera e propria demenza³².

b. La *morfina* (da Morfeo, dio del sonno), derivato dall'oppio, viene rapidamente assorbito qualunque sia la via di assunzione (intramuscolare, endovenosa o sottocutanea), ma la successiva penetrazione nel S.N.C. è piuttosto lenta (per via endovenosa, l'acme dell'analgesia si raggiunge solo dopo 20 minuti).

La morfina viene usata per cura del dolore (es. coliche renali e biliari, occlusione vascolare acuta, dolore da infarto, edema polmonare, pleuriti e pericarditi dolorose, analgesico pre e post-operatorio).

Per quanto riguarda il suo uso voluttuario, la morfina determina rapidamente uno stato di dipendenza correlata alla facilità con cui l'individuo presenta una tolleranza ai suoi effetti³³.

Nelle prime fasi, l'assuntore avverte il benefico effetto sedativo ed euforizzante della sostanza e, non essendosi ancora instaurata una condizione di dipendenza, nel momento in cui "non si fa", non accusa i disturbi da astinenza, situazione che rafforza in lui l'idea che non arriverà mai alla "dipendenza" e che potrà interromperne l'assunzione in qualunque momento, ma dopo sole 3-4 settimane di assunzione, compaiono i primi sintomi di una crisi astinenza³⁴ in caso di una sua brusca interruzione. Se il paziente sopravvive alla crisi, può non avere più bisogno di farvi ricorso.

c. L'*eroina*³⁵, una diacetilmorfina ottenuta dalla morfina acetilando sia l'OH fenolico sia quello alcolico, presenta un'azione analgesica 5 volte

³² N.B. *Oppio*: Dose letale: per via orale: 600mg di polvere; per via inalatoria; sino a 2 g di oppio.

³³ N.B. *Morfina*: Dosi terapeutiche: 10 mg per via intramuscolare; 5-10 mg per via endovenosa. *Uso voluttuario*: dose media assunta dal tossicodipendente: 100-150 mg/die. Il soggetto tollerante può arrivare ad assumere una dose giornaliera da 100 a 200 volte più elevata della dose letale. *Dose minima letale*: per singola assunzione: 200-250 mg. In caso di ipersensibilità bastano anche 60 mg. I tossicodipendenti possono tollerare invece fino a 2-3 g/die.

³⁴ N.B. *Morfina*: La dipendenza si evidenzia con la comparsa della sindrome da astinenza (Prima fase: starnuti continui, sbadigli violenti, malessere generale, rinorrea, profusa sudorazione, midriasi, insonnia, debolezza muscolare, febbre, segue una sensazione di estrema spossatezza con vomito e diarrea. Seconda fase: intensa sensazione di freddo con tremori, dolori acuti addominali, ecc. Terza fase: contrazioni muscolari, crampi ai polpacci, movimenti involontari agli arti inferiori o superiori, cefalea intensa, talora delirio, crisi ipertensiva, a volte collasso cardio-circolatorio) che appare circa 12-20 ore dopo l'assunzione dell'ultima dose e raggiunge il massimo di intensità circa 24-48 ore dopo; scompare gradualmente, nei casi favorevoli, in 10-14 giorni.

³⁵ N.B. *Eroina*: Da dati recenti emerge come il consumo di eroina, nonostante vi siano alcune zone del paese in cui questo è in diminuzione, è in aumento, specie attraverso nuove modalità di assunzione quale il fumo e l'inalazione.

maggiore³⁶ della morfina, ma anche una tossicità più elevata, potendo già 5 mg causare effetti tossici gravi.

La maggiore tossicità dell'eroina, per via endovenosa, è legata soprattutto al rapido passaggio nel S.N.C. e alla persistenza dell'azione farmacologica anche dopo l'esaurimento della concentrazione nella sostanza cerebrale.

L'eroina può essere *fumata* (con effetti intensi solo se assunta in grande quantità), *sniffata* (a volte può comparire nausea e talora vomito), *iniettata intramuscolo* (modalità più comune con cui inizia in genere la somministrazione voluttuaria) o *iniettata endovena* ("buco", l'effetto compare in pochi minuti (flash³⁷) e dura circa due ore).

L'eroina ha una intensa azione euforizzante, provocando sensazione di elevato benessere fisico e di aumentata forza; più elevate prestazioni mentali, nelle fasi iniziali, o più compromesse, nelle fasi finali. La dannosità è in gran parte legata agli effetti derivati dalle sostanze di taglio o alla promiscuità dell'uso delle siringhe non sterili³⁸. La tossicomania si instaura rapidamente con conseguenze ancora più gravi che nel morfinismo. La dipendenza psichica è molto forte. Alla brusca sospensione dell'assunzione compare una importante sindrome da astinenza³⁹, che nei casi gravi può richiedere la somministrazione di dosi progressivamente decrescenti della droga e di farmaci ad azione simile.

L'assunzione di una dose eccessiva (overdose)⁴⁰, evidenziabile con la triade sintomatologica data da miosi con pupille a capocchia di spillo, depressione respiratoria, coma e che può verificarsi quando il consumatore

³⁶ N.B. *Eroina: Uso terapeutico*: impiego deve essere limitato ai gravi stati dolorosi terminali, specie nei malati di cancro. Si somministra per via ipodermica alle dosi di 1-2 ml di soluzione allo 0,5%, o orale a dosi di 3-5 mg.

³⁷ Def. *Eroina*: Il cosiddetto "flash" consiste in una sensazione quasi orgasmica o di insopprimibile beatitudine fisica e psichica, seguita dalla sensazione di essere punti da spilli su tutta la superficie corporea; segue una fase di rilassamento più o meno durevole, ma sempre più breve con l'uso prolungato della droga.

³⁸ N.B. *Eroina*: Si possono osservare: epatiti acute; epatiti croniche; endocarditi; polmoniti *ab ingestis* e *ab inhalatis*; stati di immunodeficienza.

³⁹ N.B. *Eroina: Crisi di astinenza*: compare 8 ore dopo l'ultima assunzione con sudorazione, lacrimazione, gocce acquose dal naso, malessere generale, cefalea. - dopo 12 ore può aversi un sonno agitato; - dopo 24 ore: tremori, pelle d'oca, pupille dilatate, grave agitazione psichica; - dopo 36 ore: dolori al ventre, diarrea, brividi violenti, pallore, violente contrazioni muscolari, diventa impossibile mangiare, bere, dormire; - dopo 48-72 ore: massima intensità di tutti gli effetti precedenti, con possibile depressione respiratoria. Ne deriva una grave compromissione delle condizioni generali con rapida perdita di peso e disidratazione, talora disturbi dell'equilibrio idrico-elettrolitico o acido-base, fino ad arrivare ad un possibile collasso cardiocircolatorio.

⁴⁰ N.B. *Eroina: Tossicità*: 3 mg di eroina equivalgono a 10 mg di morfina; dose tossica: 60 mg. *Dose minima letale per singola assunzione*: 10 mg.

non conosce esattamente il dosaggio di eroina che va ad iniettarsi, è la principale causa di morte. Il trattamento d'urgenza è basato sul naloxone (Narcan) e sulla tempestività della rianimazione.

2. *Cocaina*

La cocaina viene ottenuta dalle foglie di *erytroxylon coca*, originaria del Perù e della Bolivia dove per secoli veniva usata per accrescere la resistenza fisica alla fatica. Si presenta sotto forma di prismi bianchi, la cosiddetta neve.

La cocaina viene assorbita da tutte le sedi di applicazione, comprese le mucose, specie quella nasale, oppure attraverso le pareti infiammate della vescica urinaria. Per os viene in gran parte idrolizzata ed inattivata nel tratto gastro-enterico. Entrata in circolo viene inattivata dal fegato e una certa quantità viene eliminata immodificata con le urine.

L'azione farmacologica⁴¹ più importante è costituita dal blocco della conduzione nervosa, da cui con l'uso locale per l'effetto analgesico-anestetico. Per via generale agisce stimolando il S.N.C. potenziando l'attività mentale. Aumenta la velocità di produzione e di liberazione delle catecolamine con progressivo impoverimento della loro riserva: il cocainomane non ottenendo allora più l'effetto desiderato, è costretto all'astinenza per permettere la ricostituzione delle riserve.

Il consumo di cocaina è in progressivo aumento, da droga di élite si è rapidamente trasformata in droga di massa, la cui assunzione riguarda, infatti, fasce sociali sempre più diversificate e i giovani.

Sebbene la polvere venga per lo più sniffata, è entrata in uso anche la più efficace tecnica dell'iniezione endovenosa. Per via inalatoria l'effetto dura circa 40 minuti; per endovena, l'effetto è più intenso ma più breve: una decina di minuti⁴². Spesso viene assunta assieme agli oppiacei (la cosiddetta "bomba" o "speed-ball").

Gli effetti della cocaina sono molto simili a quelli provocati dalle sostanze anfetaminiche e consistono nell'esaltazione del tono psichico fino ad un vero e proprio eccitamento euforico, le sensazioni acquistano una particolare vividezza (suoni e colori), nella diminuzione del senso di fame e della fatica fisica e psichica, sicché il soggetto ha l'impressione di essere capace di affrontare ogni situazione, anche la più difficile.

Il consumatore è spesso una persona sostanzialmente depressa alla ricerca un'euforia immediata, ricerca che lo spinge a ripetere frequentemente l'assunzione con conseguente condizione di dipendenza. Gradualmente

⁴¹ N.B. *Cocaina: Uso terapeutico*: viene usata per uso esterno a scopo analgesico; per l'anestesia della cornea in soluzioni dall'1%- 4%.

⁴² N.B. *Cocaina: Intossicazione acuta*: dose tossica: 1-2 g; tachicardia, dilatazione delle pupille, nausea, vomito, dolori addominali, confusione mentale.

l'euforia post-assunzione si trasforma però in nervosismo e sospettosità, fino ad arrivare allo sviluppo di idee paranoidee e interpretazioni deliranti.

Si ritiene che la cocaina non produca dipendenza fisica, ma una forte dipendenza psichica.

Le crisi di astinenza sono molto meno gravi che nell'eroinomane sul piano organico, ma è maggiore l'impulso ad assumere la droga ad ogni costo⁴³.

b. Il *crack*: (così chiamato per il suono provocato dalla rottura dei cristalli al calore, conosciuto anche come "rock"), è una droga di sintesi (cocaina quasi pura) fumata con pipette speciali. L'effetto si instaura rapidamente, provocando uno stato di euforia incontrollabile, e altrettanto velocemente si estingue, lasciando una condizione di depressione e spossatezza marcate. Provoca dipendenza psichica con precoci e gravi sintomi psichici e fisici di astinenza (insonnia, convulsioni, ecc). È una delle droghe più pericolose anche per la forte accelerazione in senso criminogeno impressa alla condotta del tossicodipendente.

3. *Canapa indiana* (marijuana e hashish)

La Cannabis è una pianta originaria dell'Asia Centrale, il cui fattore farmacologicamente attivo è il tetraidrocannabinolo THC⁴⁴.

Generalmente le foglie e i fiori vengono essiccati, tagliati, sminuzzati ed incorporati in sigarette. La marijuana⁴⁵ e l'hashish⁴⁶ sono spesso confuse tra loro e denominate nell'uso corrente: "erba" o "paglia", "tè", o anche "merda" dato il colore e l'odore.

Se fumati o inalati gli effetti si manifestano dopo pochi minuti con una durata relativamente breve (2-4 ore). Per ingestione l'effetto compare dopo 30 minuti o 1 ora e dura fino ad 8 ore.

Il consumo di cannabinoidi coinvolge ormai oltre un terzo degli adolescenti e costituisce un comportamento considerato quasi normale da una consistente parte dell'opinione pubblica.

La Cannabis agisce a livello cerebrale provocando uno stato di ebbrezza con allucinazioni di carattere vario per lo più piacevole, a volte a contenuto erotico, diminuisce la sensibilità dolorifica e quella tattile si ottunde. Si manifestano fughe delle idee, ma la coscienza di sé rimane sufficientemen-

⁴³ N.B. *Cocaina*: Complicanze dell'assunzione cronica: infarto, rottura di aneurismi, emorragia subaracnoidea, crisi ipertensiva, iperpiressia maligna, edema polmonare, necrosi centrobulbare, necrosi tubulare acuta, insufficienza renale, ecc.

⁴⁴ N.B. *Canapa indiana*: Il THC era usato come sedativo, antispasmodico e analgesico, adesso in disuso perché gli effetti sono incostanti.

⁴⁵ N.B. *Marijuana*: si presenta in forma di foglie, una sorta di tabacco grossolano, grigio-verdastro, usata per confezionare i cosiddetti "spinelli" dal caratteristico odore di erba o corda bruciata.

⁴⁶ N.B. *Hashish*: si presenta in forma di resina, ha l'aspetto di tavoletta con colorito vario: giallo-marrone, verdastro o nero; viene sbriciolata e mescolata al comune tabacco

te integra. A dosi più elevate si possono avere stati di panico e sensazione di morte, distorsione dello schema corporeo, la testa sembra gonfia e le estremità pesanti. Allo stato di eccitazione subentra sonnolenza e quindi sonno profondo con risveglio, di regola, senza conseguenze.

L'uso anche ripetuto a dosi moderate, non dà luogo a gravi inconvenienti, ma, a lungo andare, si può instaurare una "cannabinomania" con disturbi della nutrizione e a livello del sistema nervoso fino a provocare disordini mentali gravi. Frequenti sono inoltre una bronchite cronica e asma, depressione delle funzioni testicolare od ovarica.

La Cannabis determina un certo grado di tolleranza, ma non si sviluppa dipendenza fisica, mentre risulta una forte dipendenza psichica; rare sono le crisi di astinenza. Spesso la sua assunzione forma la prima tappa per passare a droghe pesanti.

4. *Allucinogeni*

Gli allucinogeni comprendono sostanze sia naturali (psilocibina, mescalina), sia semisintetici (L.S.D.), sia di sintesi (fenciclina), che hanno in comune la proprietà di produrre una transitoria per quanto importante alterazione delle funzioni percettiva, ideativa (c.d. "viaggio psichedelico"), di modificare l'umore, ecc.

L'*L.S.D.* (dietilamide dell'acido lisergico) deriva dalla lavorazione della segale cornuta, pianta erbacea simile al grano. Si può presentare sotto forma di liquido incolore, simile all'acqua, oppure sotto forma di piccoli cristalli bianchi. Viene distribuito nel commercio clandestino in piccole ampolle o sotto forma di capsule gelatinose o di compresse.

Solitamente viene assunto per os sotto forma liquida con zucchero, in compresse o spalmata su di un francobollo. LSD agisce a dosi di gamma (milionesimi di grammo) con effetti che iniziano dopo circa 30 minuti, culminano entro 8-12 ore e perdurano per circa 8-12 ore.

L'*L.S.D.* produce azioni sia di natura centrale sia periferica. La sintomatologia somatica si manifesta con midriasi, tachicardia, tachipnea, ipertermia, sudorazione, piloerezione, nausea e a volte vomito, astenia fisica, ipoacusia, perdita dell'equilibrio, vertigini; importanza particolare ha la perdita della capacità di controllare il proprio comportamento e di adeguarlo al reale.

Pur producendo effetti psicosensoriali, non fa perdere del tutto la capacità di critica. Dopo l'assunzione di dosi modeste il soggetto è ancora in grado di riconoscere l'artificialità delle proprie esperienze allucinatorie, interpretazioni distorte delle sensazioni, per ciò che riguarda sia i contenuti sia gli aspetti formali delle stesse come i colori, lo spazio, ecc. Si presentano immagini vivaci, gli oggetti acquistano una brillantezza speciale e i loro corpi si distaccano dal fondo. Il soggetto sperimenta un vissuto del tempo

che corre più rapidamente, una sensazione di estrema leggerezza del proprio corpo fino all'illusione di poter volare.

Dopo questa fase iniziale, si passa ad una sensazione di forte angustia, le pareti si dilatano e variano le stesse dimensioni delle cose intorno, possono apparire immagini della vita passata con grande nitidezza; a volte si manifestano fasi di agitazione motoria fino ad autoaggressione, delitti o suicidi senza motivo. Si verifica, in sintesi, una frattura con il mondo reale, si perde il controllo delle proprie associazioni mentali e la stessa sensazione illusoria di poter volare può avere conseguenze mortali. Induce una dipendenza di tipo psichico.

5. Le anfetamine

Le anfetamine comprendono la metedrina, la simpamina e la benzedrina. Sono caratterizzate chimicamente dal nucleo anfetaminico sintetizzato in laboratorio verso la fine del 1800.

Tali sostanze sono spesso usate come decongestionate la mucosa nasale; per via orale, alla dose di 2,5-5 mg giovano nella cura della narcolessia, degli stati di depressione psichica; vengono anche usate come stimolanti del sistema circolatorio, respiratorio e nervoso centrale.

Gli effetti dell'anfetamina ricercati nell'uso voluttuario sono la diminuzione dell'appetito, della stanchezza e del desiderio di dormire, l'aumento dello stato di vigilanza, dell'attenzione e del senso di benessere. L'euforia indotta è simile a quella conseguente all'assunzione di cocaina, con aumento del senso di sicurezza di sé, miglioramento del rendimento fisico e psichico. La tolleranza è notevole e induce spesso i consumatori ad assumere dosi crescenti, talora elevate anche per via endovenosa.

La sindrome tossica, che può esplodere anche 36-48 ore dall'assunzione di una singola dose elevata, è caratterizzata da vivida allucinazione visiva e uditiva, ideazione paranoidea, perdita del potere associativo e modificazioni affettive in concomitanza con un sensorio lucido. Dopo l'improvvisa sospensione di dosi elevate si verificano gravi disturbi della funzione ipnica, costringendo il soggetto a rimanere sveglio anche per diversi giorni di seguito. L'intossicazione acuta può inoltre causare decesso per collasso cardio-circolatorio.

La tolleranza si manifesta in genere dopo un periodo relativamente breve dall'inizio del consumo. La dipendenza psichica può essere importante, quella fisica, se presente, può dare una sindrome da astinenza con sonnolenza, depressione marcata del tono dell'umore, aumento dell'appetito.

6. Ecstasy

Chimicamente l'ecstasy è una meta-anfetamina metilene diossido, sintetizzata in Germania nel 1914, con una struttura è simile agli allucinogeni, sebbene non produca il caratteristico viaggio psichedelico.

Nell'uso voluttuario viene ricercato l'effetto di particolare senso di benessere e disinibizione, dell'ansia diminuita e dell'aumento del senso di fiducia e di padronanza di sé, della comunicazione interpersonale che sembra facilitata e della percezioni che la funzione sessuali sia aumentata.

La sostanza ha un effetto ipertensivo e tachicardizzante, provoca sudorazione profusa, midriasi e ipertermia. Si verifica, inoltre, iperattività motoria, comparsa di stereotipie, contrattura delle mascelle, bruxismo, tremori e accentuazione dei riflessi tendinei, oltre a significativa riduzione della coordinazione. Causa inoltre disturbi dello stato di vigilanza, del ritmo sonno-veglia e una significativa stimolazione neuro-sensoriale e psichica.

Può provocare danni irreversibili a carico dei neuroni serotoninergici del cervello. È ritenuta fra le cause responsabili delle cosiddette "morti del sabato sera", cioè, degli incidenti stradali mortali che colpiscono i giovani all'uscita dalle discoteche.

4.2. I soggetti assuntori di sostanze stupefacenti

Dati recenti indicano come il fenomeno della tossicodipendenza si manifesta oggi, in misura largamente prevalente, con l'uso contemporaneo di più sostanze, dalla marijuana alle anfetamine, all'eroina e alla cocaina. Si assiste inoltre ad una progressiva diminuzione dell'età del primo approccio alla droga, collocabile fra gli undici e i diciassette anni, con una media della prima esperienza ormai stabilizzata sotto i tredici anni. La decisione di sperimentare l'assunzione di una qualche droga, sarebbe influenzata dalla disponibilità della sostanza, dalla curiosità, dalla tendenza a cercare situazioni nuove o di infrangere le norme sociali, dall'atteggiamento e l'influenza degli amici, dalla quasi "accettazione sociale" specie per alcune droghe, dai rischi spesso sottovalutati connessi al loro uso, ecc.

Si può fare la seguente distinzione dei soggetti assuntori di sostanze stupefacenti: - *assuntore occasionale*: ricorre solo episodicamente alla droga, sotto forma di consumo sociale e ricreativo, usando dosaggi bassi o innocui e può interrompere l'assunzione in qualsiasi momento senza trarne particolare sofferenza, in quanto mantiene sempre il controllo di sé e della situazione; - *assuntore abituale*: assume con costanza la droga per sentirsi meglio e proprio per l'abitudine tende, a volte, ad aumentare la dose per avere gli stessi effetti (esiste già una condizione di tolleranza e una certa dipendenza dalla sostanza), è però ancora in grado di smettere di farvi ricorso, senza che compaiono gravi crisi di astinenza e riesce a conservare i propri interessi e la propria vita sociale, ma se non ha possibilità economiche sufficienti, può eventualmente ricorrere a mezzi illeciti per procurarsi la so-

stanza; - *tossicodipendente*: presenta un desiderio irresistibile per la sostanza, con marcata dipendenza e affievolito contatto con la realtà; - *tossicomane*: è l'ultimo scalino della progressiva soggezione alla droga, il soggetto presenta dipendenza, tolleranza, tendenza all'*escalation* delle dosi, grave compromissione delle capacità intellettive e volitive, comparsa di gravi crisi di astinenza al momento della sospensione della sostanza, uno stile di vita spesso delinquenziale.

Notoriamente al consumo di droga, spesso si associano comportamenti delinquenti, sia motivati dalla necessità di procurarsi la sostanza, sia commessi in stati di intossicazione acuta o cronica, situazioni queste che possono richiedere valutazioni medico-legali circa la capacità di intendere e di volere del soggetto al momento del fatto-reato (vedi capitolo circa l'imputabilità)⁴⁷.

4.3. Accertamento dell'uso di sostanza e diagnosi di tossicodipendenza

La diagnosi di tossicodipendenza si fonda su dati clinici, di laboratorio e tossicologici.

La ricerca degli oppiacei o delle altre sostanze ad azione stupefacente o dei loro metaboliti, può essere eseguita sul sangue, nelle urine o in altri liquidi biologici o tessuti.

Nei liquidi biologici, il controllo tossicologico mira a raggiungere la certezza diagnostica dello stato di tossicodipendenza, a verificare il rispetto del contratto terapeutico da parte del tossicodipendente in cura, a scongiurare il pericolo di fenomeni di sinergismo o di potenziamento degli effetti farmacologici tra il farmaco prescritto o somministrato in sede di cura e quello clandestinamente assunto dal paziente, ad identificare l'epoca dell'assunzione della sostanza, la natura della stessa, la gravità dello stato di tossicodipendenza, ecc.

Le procedure diagnostiche e medico-legali per l'accertamento dell'uso abituale di sostanze stupefacenti e psicotrope, da effettuarsi presso le strutture pubbliche "da medici e da analisti di laboratorio ivi operanti, con esperienza nei rispettivi settori" e di cui al D.M. 12 luglio 1990, n°186 del Mi-

⁴⁷ N.B. Le droghe possono produrre effetti comportamentali con riflessi negativi sul funzionamento sociale del soggetto assuntore e che può concretizzarsi in problemi familiari, nell'abbandono dell'attività lavorativa o di studio, nonché nella commissione di reati. In ambito criminologico si è soliti a suddividere la criminalità del tossicomane in: *criminalità diretta*, in cui il reato è commesso sotto l'effetto della droga; *criminalità da sindrome carenziale*; *criminalità indiretta*, dovuta alla necessità di procurarsi il denaro per acquistare la sostanza; *criminalità da ambiente*, connessa con la sottocultura e le aree criminose nelle quali vanno a confluire i tossicomani.

nistero della Sanità⁴⁸, si fondano sia su eventuali riscontri documentali circa trattamenti, accessi in pronto soccorso, ricoveri o accertamenti medico legali ad esso correlati, sia su sintomi fisici o psichici indicativi o una intossicazione in atto o una sindrome da astinenza, sia sulla presenza della sostanza e/o dei suoi metaboliti nei liquidi biologici e/o nei tessuti.

5. Il doping

di *Elena Ferioli*

5.1. Introduzione

La diffusione della pratica sportiva nella società contemporanea è il segno evidente dell'importanza che lo sport ha assunto da un punto di vista sociale, economico e politico. Lo sport oggi, è una vera e propria istituzione con sue strutture, una gerarchia, una organizzazione e regolamentazione propria. Tuttavia, contrariamente al significato proprio del termine sport, sinonimo da sempre di benessere e salute psicofisica, ai giorni nostri assistiamo ad un fenomeno di stravolgimento dei valori morali positivi che lo caratterizzano. Difatti l'atleta è divenuto un prodotto commerciale la cui

⁴⁸ D.M. 12 luglio 1990, n°186, "Regolamento concernente le determinazioni delle procedure diagnostiche e medico-legali per accertare l'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope, delle metodiche per quantificare l'assunzione abituale nelle 24 ore e dei limiti quantitativi massimi di principio attivo per le dosi medie giornaliere", art. 1 (*Procedure diagnostiche e medico legali*): "L'accertamento dell'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope si fonda su uno o più degli elementi valutativi appresso indicati: a) riscontro documentale di trattamenti socio-sanitari per le tossicodipendenze presso strutture pubbliche o private, di soccorsi ricevuti da strutture di pronto soccorso, di ricovero per trattamento di patologie correlate all'abuso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope, di precedenti accertamenti medico legali; b) segni di assunzione abituale della sostanza stupefacente o psicotropa; c) sintomi fisici o psichici di intossicazione in atto da sostanze stupefacenti o psicotrope; d) sindrome di astinenza in atto; e) presenza di sostanze stupefacenti e/o loro metaboliti nei liquidi biologici e/o nei tessuti"; - art. 2 (*Assunzione nelle ventiquattro ore*): "Le metodiche per quantificare l'assunzione abituale nelle 24 ore sono le seguenti: a) procedure diagnostiche e medico legali di cui all'art. 1 b) valutazione clinico-funzionale del grado di dipendenza e/o dell'intensità dell'abuso finalizzata a stimare in termini quantitativi la dose abituale assunta nelle 24 ore. Le indagini sono svolte in strutture pubbliche adeguatamente attrezzate in condizione di sicurezza e con l'esclusione, ai fini della suddetta stima, del ricorso a metodiche invasive; c) specifiche procedure analitiche di laboratorio rivolte a correlare i reperti ai tempi e ai modi di assunzione, da effettuarsi con tempestività e tenendo comunque conto delle condizioni metaboliche del soggetto /.../"; art. 4 (*Accertamenti clinici e di laboratorio*): "Gli accertamenti clinici e quelli di laboratorio, se necessari, sono effettuati presso strutture pubbliche da medici e da analisti di laboratorio ivi operanti, con esperienza nei rispettivi settori."

qualità e successo dipendono dai risultati ottenuti a “qualunque costo”; è da ciò derivata la necessità di ricorrere anche all’aiuto farmacologico per il potenziamento delle prestazioni agonistiche.

5.2. Cenni storici

L'origine del termine doping è controversa. Secondo una ipotesi etimologica esso deriva dal termine *dope* di un dialetto Boero, che designava una bevanda fortemente alcolica usata dai Bantu sudafricani come inebriante per le danze cerimoniali. Un'altra versione individua l'etimologia di doping nella parola olandese “*doop*”, ovvero una zuppa-mistura con effetti stimolanti usata nel XVII secolo dagli operai impegnati nella costruzione della Nuova Amsterdam. Agli inizi dell'Ottocento “*to dope*” in Nord America indicava la pratica del drogare i cavalli da corsa, con preparati a base di tabacco e narcotici, allo scopo di compromettere le prestazioni atletiche degli animali degli avversari. Versioni più semplici fanno derivare doping dall'inglese *dope*, termine usato per indicare una sostanza densa, liquida, lubrificante. In *slang*, *dope* significa per lo più sostanza stupefacente e questa radice etimologica contribuirebbe a spiegare perché spesso si tende ad assimilare il doping all'uso di sostanze stupefacenti. In questo senso infatti, oltre ad essere una pratica proibita, il doping comporta una modificazione del naturale equilibrio psico-fisico del soggetto, ragion per cui anche il personale sanitario, e il medico in particolare, è chiamato a collaborare alla lotta a tale pratica, come peraltro previsto dal codice deontologico⁴⁹.

Nel gergo sportivo, la parola doping è entrata alla fine degli anni '40, con l'esplosione del consumo di prodotti a base di amfetamine, mentre i primi tentativi di definire in termini legali la pratica del doping risalgono all'inizio degli anni '60. Nel 1963 il Comitato per l'Educazione Extrascolastica del Consiglio d'Europa stabiliva una definizione di doping che veniva adottata con modifiche minime anche dal Comitato Olimpico Internazionale, rimanendo a tutt'oggi la principale fonte per i dettati normativi. Essa definiva il doping come “*la somministrazione o l'uso da parte di un atleta di ogni sostanza non endogena e di ogni sostanza fisiologica presa in quantità o modi artificiali col solo intento di accrescere in maniera artificiale e sleale il rendimento nelle competizioni. Deve essere considerato doping anche ogni trattamento medico che per sua natura, dosaggio o applicazione è in grado di potenziare in maniera artificiale e sleale il rendimento nelle competizioni.*”

⁴⁹ *Doping*: CdMC art. 73.

È considerato doping e quindi proibito anche l'impiego di sostanze e metodiche atte a mascherare l'eventuale assunzione di sostanze proibite”.

5.3. Epidemiologia del Doping

Sono pochi i dati e gli studi che consentono di quantificare in maniera esatta il fenomeno doping. Trattandosi di una pratica illecita viene, ovviamente, negata e sottaciuta. I risultati pubblicati ogni anno dal C.O.I. (Comitato Olimpico Internazionale) sui test effettuati come controllo antidoping mostrano un grado di positività tra gli atleti testati variante tra l'1,5 e il 2,5%. In ogni caso, anche se percentualmente i valori sono bassi (il fenomeno è sicuramente sottovalutato), questi dati indicherebbero che alcune decine di migliaia di atleti utilizzano ogni anno sostanze dopanti. Inoltre altre indagini, condotte tramite questionari in vari paesi del mondo e in diversi contesti (ambito sportivo, popolazione generale) riportano percentuali di positività d'uso decisamente superiori a quelle ricavabili dai controlli anti doping.

5.4. La storia legislativa in Italia

Regolamentazione e legislazione antidoping

La prima regolamentazione antidoping, in Italia, è costituita dalla Legge n°1099 del 26 ottobre 1971, Sulla tutela sanitaria delle attività sportive, i cui articoli 3 e 4 punivano l'impiego, al fine di modificare artificialmente le energie, di sostanze nocive per la salute degli atleti. Tuttavia la normativa ha avuto scarsa applicazione, poiché dotata di un sistema sanzionatorio decisamente moderato, atteso che i reati previsti erano puniti con la sola ammenda e quindi con scarsa efficacia deterrente.

All'articolo 14, comma 3 lettera g, della legge 833/78 (istitutiva il SSN), è stato stabilito che le ASL debbono provvedere alla medicina dello sport e alla tutela sanitaria delle attività sportive. Ne consegue che anche le competenze in materia di doping sono state trasferite alle ASL, ma non essendo queste spesso in grado di provvedervi, i controlli continuano ad essere effettuati a cura della Federazione Medico sportiva Italiana.

A seguito del processo di depenalizzazione, realizzatosi con la Legge 24 novembre 1981, n°689, le ipotesi contravvenzionali, già previste dalla Legge 1099/1971, divennero semplici illeciti amministrativi. Per colmare l'avvenuto vuoto legislativo in materia, gli interpreti hanno utilizzato un altro strumento normativo costituito dalla Legge 401/89 introdotta precipuamente, per contrastare la diffusa pratica delle scommesse clandestine nel mondo del-

lo sport. Gli interpreti hanno cercato di estendere l'ambito di applicazione della norma anche ai fenomeni autogeni di doping, ancorandosi alla nozione di "atti fraudolenti" per cui si è ritenuto che essendo il doping un artificio volto a falsare il risultato sportivo e leale di una competizione, sia da considerarsi un atto fraudolento volto ad alterare l'esito della competizione sportiva. Con la legge 29 novembre 1995, n°522, l'Italia ha ratificato la Convenzione contro il doping, stipulata a Strasburgo il 16 novembre 1989 e il 14 dicembre 2000 viene introdotta la legge n°376, considerata il primo effettivo intervento legislativo contro la pratica del doping denominata "*Disciplina della tutela delle attività sportive e lotta contro il doping*" che istituisce il reato di doping. La legge non limita la contestazione del reato al solo concetto di presenza nei campioni biologici di sostanze vietate ma estende l'accertamento del reato ad una più complessa valutazione di elementi di natura bio-medica e fornisce, inoltre, una ulteriore definizione di doping⁵⁰.

5.5. Organismi e uffici preposti all'attività antidoping

Numerose sono gli organismi preposti alla ricerca e al contrasto della pratica del doping:

- 1) La Commissione Antidoping (C.A.) ha le seguenti funzioni: a) intraprende programmi di ricerca e di sviluppo concernenti l'attività antidoping; b) attua programmi educativi e campagne di informazione e formazione; c) procede alla ricognizione delle regole antidoping emanate dal Movimento Olimpico, dal C.O.N.I., dalle Federazioni Sportive Nazionali e dalle Discipline Associate; d) dispone specifici controlli antidoping a sorpresa.
- 2) La Commissione Medico-Scientifica Antidoping (C.S.A): a) effettua ricerca scientifica negli ambiti e nei campi ove siano richiesti approfondimenti e nuovi elementi di conoscenza. Definisce i protocolli di ricerca, valuta i progetti, formula le proposte di finanziamento e provvede a diffondere i risultati; b) sviluppa rapporti di stretta collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e con il Dipartimento Valutazione Farmaci e Farmacovigilanza.

⁵⁰ Legge 376/2000, "*Disciplina della tutela delle attività sportive e lotta contro il doping*", art. 1, com. 2: ".../ Costituiscono doping la somministrazione o assunzione di farmaci o di sostanze biologicamente o farmacologicamente attive e l'adozione o la sottoposizione a pratiche mediche non giustificate da condizioni patologiche ed idonee a modificare le condizioni psicofisiche o biologiche dell'organismo al fine di alterare le prestazioni agonistiche degli atleti. /.../ com. 3: "sono equiparate al doping la somministrazione di farmaci o di sostanze biologicamente o farmacologicamente attive e l'adozione di pratiche mediche non giustificate da condizioni patologiche, finalizzate e comunque idonee a modificare i risultati dei controlli sull'uso dei farmaci, delle sostanze e delle pratiche indicati nel com. 2".

- 3) L'Ufficio di Procura Antidoping (U.P.A.) compie gli atti necessari all'accertamento delle responsabilità di tesserati alle Federazioni Sportive Nazionali o Discipline Associate.
- 4) L'Ufficio Coordinamento Attività Antidoping (U.C.A.A.) coordina l'effettuazione dei controlli a sorpresa disposti dalla Commissione Antidoping.
- 5) La Federazione Medico Sportiva Italiana (F.M.S.I.), alla quale sono conferiti il compito e la responsabilità di designare gli Ispettori Medici incaricati delle operazioni di prelievo delle urine e delle connesse formalità, in occasione delle gare, allenamenti o raduni, e di disporre per l'effettuazione delle analisi presso i Laboratorio di Analisi Antidoping accreditati, effettua l'espletamento dei controlli antidoping ordinari ed a sorpresa.

5.6. La cooperazione internazionale: l'agenzia mondiale antidoping (WADA)

L'accertamento del doping si inquadra nel contesto delle attività previste dall'ordinamento giuridico sportivo e costituisce un elemento di primaria importanza nella lotta all'uso di sostanze e mezzi illeciti finalizzati al miglioramento della performance atletica. La repressione del fenomeno è iniziata nella seconda metà degli anni '60 con l'avvio dei controlli di laboratorio e con l'inserimento nel Codice medico del C.O.I. di una lista di sostanze e metodi doping. Nel corso degli anni, le autorità governative e sportive, nazionali e internazionali, hanno compiuto passi significativi nella lotta al doping. In seguito agli scandali del Tour di Francia del '98, venne convocata a Losanna la prima Conferenza Mondiale Antidoping nella sede del Comitato Olimpico Internazionale; in tale occasione, nacque l'idea di affidare ad un organo *super partes* il potere di emanare una normativa in materia e furono così costituiti, nel novembre 1999, organismi di controllo quali l'AMA (*Agence Mondiale Antidopage*) e il WADA (*Agence Mondiale Antidoping*). Quest'ultima ha adottato, come strumento fondamentale di lotta al doping il Codice mondiale antidoping, che, sottoposto a verifiche ed aggiornanti periodici, è entrato in vigore nella versione approvata durante la "Conferenza mondiale sul doping nello sport" di Copenaghen, il primo gennaio 2004.

5.7. Il codice mondiale antidoping

Il *Codice WADA* rappresenta il documento fondamentale ed universale su cui si basa il programma mondiale antidoping, enuncia le responsabilità

degli attori coinvolti e armonizza regole e procedure che in precedenza variavano a seconda del paese e della disciplina sportiva.

Gli Standard internazionali che precisano le disposizioni del codice WADA sono quattro: 1) Lista delle sostanze vietate e dei metodi proibiti; - 2) Standard per le modalità dei controlli antidoping; - 3) Standard per esenzioni a fini terapeutici; - 4) Standard per laboratori antidoping.

1) Le sostanze che rientrano nella pratica del doping sono molteplici:

a) I narcotici (morfina e suoi analoghi chimici e farmacologici, metadone, diamorfina-eroina) che vengono assunti per eliminare la sensazione di dolore e, ad esempio, permettere a un atleta infortunato di gareggiare fino al termine della competizione.

b) Gli stimolanti (amfetamine, cocaina, efedrina, pseudo efedrina, fenilpropanolamina, caffeina) sono impiegati ad uso doping in quanto aumentano il livello di vigilanza, riducono la fatica e possono aumentare l'agonismo e l'aggressività.

c) Gli anabolizzanti (nandrolone, testosterone, stanatolo, ecc.) sono utilizzati per potenziare la massa muscolare, aumentare la carica aggressiva e innalzare il punto di massimo consumo dell'ossigeno a livello nei muscoli.

d) Ormoni peptidici. Alla classe degli ormoni peptidici ed analoghi proibiti dal C.O.I. appartengono la gonadotropina corionica (hCG), le corticotropine, l'ormone della crescita (hGH), le insuline, fattori di crescita insulino-simile (es. IGF-1) e l'eritropoietina (EPO).

e) Altre sostanze soggette a determinate restrizioni sono alcool, marijuana, corticosteroidi, beta-bloccanti, creatina.

Sono poi elencate diverse *pratiche proibite*:

a) Una particolare pratica illecita è l'emodoping o doping ematico, di cui viene fatto uso soprattutto in sport aerobici (ciclismo, sci nordico). Consiste nella inoculazione di sangue o suoi derivati, di sostituti del plasma oppure di molecole trasportatrici di ossigeno sintetiche (emoglobine modificate).

b) Per manipolazione farmacologica, chimica o fisica quale metodo doping si intende l'uso di sostanze e di metodi in grado di alterare l'integrità e la validità dei campioni di urine utilizzati per i controlli antidoping quali la cateterizzazione, la sostituzione e/o la manomissione delle urine, l'inibizione della secrezione renale e uso dei diuretici (bumetanide, mannitolo, spirolattone, ecc.).

c) A partire dal 1 gennaio del 2003 il Comitato Olimpico Internazionale ha incluso il doping genetico nella lista delle classi di sostanze e metodi proibiti. Il metodo del doping genetico è definito come l'uso non terapeutico di cellule, geni, elementi genetici o della modulazione dell'espressione genetica, con lo scopo di migliorare le prestazioni atletiche.

2) Norme procedurali per l'effettuazione dei controlli antidoping:

Il controllo antidoping comprende un insieme di attività molto ampie e complesse che iniziano con la selezione degli atleti e si concludono nel la-

laboratorio antidoping (LAD): - a. Selezione degli atleti da sottoporre a controllo. - b. Raccolta delle urine. Consegna all'atleta di un recipiente, produzione da parte dell'atleta di una quantità sufficiente di urina, ripartizione del campione in due contenitori, valutazione preliminare delle caratteristiche del campione di urina, compilazione del verbale di prelievo. - c. Conservazione dei campioni in laboratorio (catena di custodia). - d. Procedimenti di analisi svolti da professionisti mediante apparecchiature sofisticate e confronti con parametri di riferimento. - e. Stesura del certificato di analisi e trasmissione dei risultati. In caso di positività vengono ripetute le analisi in presenza dell'atleta e di suoi legali/periti e il risultato definitivo avviene dopo una seconda prova.

3) *Adempimenti, sanzioni ed esenzione a fini terapeutici:*

Il doping è un reato sia amministrativo e sportivo sia penale.

Le Norme sportive antidoping adottate dal C.O.N.I. si basano sul principio, sancito dal codice mondiale, che ogni atleta tesserato è ritenuto responsabile della presenza di una sostanza vietata o dei suoi metaboliti o marker in un campione biologico, indipendentemente dallo stato di dolo, colpa, negligenza o uso consapevole. Oltre all'utilizzo di sostanze vietate, è perseguito anche il rifiuto, o l'omissione senza giustificato motivo, di sottoporsi al prelievo dei campioni biologici, nonché il possesso in qualsiasi momento o luogo di una sostanza vietata. Infine, sono proibiti dal regolamento mondiale antidoping anche il traffico di sostanze vietate o di metodi proibiti e la somministrazione di una sostanza vietata da parte di terzi.

Parallelamente a questi provvedimenti, l'atleta risultato positivo al doping viene indagato anche a livello penale dagli organi di giustizia competenti, in base all'articolo 9 della legge 376/2000⁵¹. Il codice WADA autorizza gli atleti e i loro medici a richiedere un'esenzione per fini terapeutici, ovvero il permesso di utilizzare ai fini terapeutici sostanze o metodi contenuti nella lista delle sostanze vietate.

⁵¹ N.B. Salvo reati più gravi, "è punito con la *reclusione da tre mesi a tre anni* e con la multa da 5 a 100 milioni (in lire) chiunque procura ad altri, somministra, assume o favorisce l'utilizzo di farmaci o di sostanze vietate al fine di alterare le prestazioni agonistiche degli atleti o di modificare i risultati dei controlli sull'uso di tali farmaci o sostanze". La pena è aumentata se dal fatto deriva un danno per la salute, se il fatto è commesso nei confronti di un minore, se il fatto è commesso da un componente o da un dipendente del CONI o di una federazione sportiva nazionale, una società, di un'associazione o di un ente riconosciuti dal CONI. Se il fatto è commesso da chi esercita una professione sanitaria, alla condanna consegue l'interdizione temporanea dall'esercizio della professione.

4) *Laboratorio AntiDoping (LAD)*: requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici:

A livello internazionale le analisi antidoping vengono effettuate in un numero relativamente piccolo di laboratori accreditati dal Comitato Internazionale Olimpico, che sono sempre aggiornati su nuovi metodi e strategie analitiche, assicurazione della qualità e nuovi sviluppi.

Il Laboratorio AntiDoping (LAD) effettua la ricerca, su campioni biologici, dei farmaci e delle sostanze biologicamente o farmacologicamente attive il cui impiego è considerato doping. Il laboratorio può essere ubicato in locali autonomi o all'interno di una struttura sanitaria esistente.

Il LAD deve essere dotato di strumentazione idonea ad applicare le tecniche analitiche di seguito indicate: cromatografia liquida ad alta pressione (HPLC); gas Cromatografia (GC); spettrofotometria; spettrometria di massa accoppiata a gascromatografo (GC-MS); spettrometria di massa accoppiata a cromatografo liquido (LC-MS); frigoriferi e congelatori con requisiti idonei alla conservazione dei campioni e degli standard analitici; strumenti idonei alla preparazione dei campioni ed al loro trattamento preliminare.

Presso il LAD sono documentati, conosciuti e applicati protocolli/procedure previste dalla norma UNI CEI EN ISO/IEC 17025/2005 (Requisiti gestionali per la competenza dei Laboratori di prova e taratura) o dalla WADA.

I campioni biologici utilizzati per le analisi antidoping possono essere: urina, sangue, siero, saliva, capelli, sudore. Il liquido biologico prevalentemente scelto per le analisi è l'urina, perché prevede un campionamento meno invasivo, in quantità maggiori e contiene concentrazioni elevate di farmaci e/o metaboliti.

Le metodiche analitiche devono essere sviluppate e validate in modo da assicurare la massima affidabilità del dato, sia in termini di identificazione (metodiche analitiche di screening) che di dosaggio degli analiti di interesse (metodiche di conferma).

5. La tutela del soggetto lavoratore

1. La sicurezza sociale

1.1. Introduzione

Sin da tempi lontani esisteva una sorta di protezione sociale fondata sulla beneficenza pubblica e sulle associazioni operaie di mutuo soccorso, non in grado però di sopperire convenientemente alle necessità di vita di anziani, invalidi o bisognosi in genere, vista la limitatezza delle risorse finanziarie e la precarietà istituzionale di tali "assicurazioni", basate infatti sulla volontarietà della contribuzione e, quindi, incapace di garantire una corrispondenza regolare ed efficace di pensioni o di altre provvidenze.

Oggi, la protezione sociale, diretta a garantire un tenore di vita adeguato ai bisogni di tutta la popolazione, è sentita come esigenza fondamentale di ogni Stato moderno che quindi appronta un'azione di difesa contro le cause e gli effetti perturbatori la stabilità sociale e il benessere collettivo, considerati una necessità permanente e un compito irrinunciabile di tutte le comunità umane politicamente organizzate.

Il termine "*sicurezza sociale*" si riferisce a quel complesso di attività, a preminenti fini di solidarietà, con cui lo Stato fornisce ai cittadini prestazioni di ordine assistenziale, previdenziale o talora di beneficenza, al fine di garantire una "*stabile e completa libertà dal bisogno*" e consentire l'effettivo godimento dei diritti civili e politici riconosciuti dalla Costituzione¹.

¹ N.B. Alcuni articoli della Costituzione riguardano e giustificano la sicurezza sociale: art. 2 Cost.: "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale." - art. 3 Cost.: "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinione politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della per-

I principi sui quali oggi si basa la politica sociale dello Stato, attuata mediante l'intervento pubblico a difesa del benessere della comunità, si traducono e si realizzano in forme e in istituzioni che rappresentano manifestazioni e strumenti della protezione sociale stessa.

1.2. Previdenza sociale

La previdenza sociale costituisce uno strumento di politica sociale diretta a prevenire e/o riparare i danni fisici ed economici di individui particolarmente esposti e economicamente più deboli. Si tratta di un complesso di istituti giuridici che fanno capo alle Assicurazioni sociali, strumenti di attuazione della previdenza stessa, il cui ordinamento è vincolato al rapporto di lavoro e che quindi tutela le classi lavoratrici in quanto più esposte a occasioni di pericolo e di danno alla salute.

Si tratta di un ordinamento pubblico fondato sulla "mutualità obbligatoria" il cui campo di tutela è riservato, appunto, alle classi lavoratrici, che fruiscono di determinate prestazioni sanitarie ed economiche nel momento in cui occorre riparare le conseguenze dannose derivanti da una situazione di disagio e di emergenza. È una istituzione di giustizia sociale che opera una redistribuzione del reddito nazionale tra le classi dei cittadini con interventi mirati verso obiettivi specifici (gli eventi tutelati) scelti tra quelli che più interessano il mondo del lavoro.

sona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del paese." - art. 4 Cost.: "La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto. Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società." - art. 29 Cost.: "La Repubblica riconosce i diritti della famiglia /.../" - art. 30 Cost.: "/.../ la legge assicura ai figli nati fuori del matrimonio ogni tutela giuridica e sociale. /.../" - art. 31 Cost.: "/.../ protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo." - art. 32 Cost.: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana." - art. 35 Cost.: "La Repubblica tutela il lavoro in tutte le sue forme ed applicazioni /.../" - art. 37 Cost.: "La donna lavoratrice ha gli stessi diritti e, a parità di lavoro, le stesse retribuzioni che spettano al lavoratore. Le condizioni di lavoro devono consentire l'adempimento della sua essenziale funzione familiare e assicurare alla madre e al bambino una speciale adeguata protezione. La legge stabilisce il limite minimo di età per il lavoro salariato. La Repubblica tutela il lavoro dei minori con speciali norme e garantisce ad essi, a parità di lavoro, il diritto alla parità di retribuzione." - art. 53 Cost.: "Tutti sono tenuti a concorrere alle spese pubbliche in ragione della loro capacità contributiva /.../".

Gli interventi garantiti dalla previdenza sociale riguardano quindi solamente i lavoratori, allorché si verificano determinate situazioni o determinati rischi, dipendenti dal lavoro stesso (es. infortuni sul lavoro, malattie professionali) o non (es. invalidità o inabilità pensionabili). Il finanziamento di tali interventi è basato sui contributi previdenziali versati dai datori di lavoro (e in parte dagli stessi lavoratori).

Le assicurazioni sociali sono:

- a) Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (INAIL: Istituto nazionale delle assicurazioni degli infortuni sul lavoro);
- b) Assicurazione di previdenza sociale (INPS: Istituto nazionale di previdenza sociale).

1.3. Assistenza sociale

Nel sistema della protezione sociale opera anche l'Assistenza sociale, di regola diretta a tutti i cittadini, quando questi vengono a trovarsi in condizioni di necessità o di indigenza, ma che talora si specializza nei confronti di determinate categorie di assistibili (es. handicap, vedi capitolo a riguardo).

Gli interventi di assistenza sociale si riferiscono indistintamente a tutti i cittadini poiché lo Stato, direttamente, si assume l'onere di fornire a chiunque si trovi in condizioni di bisogno² tutto ciò che gli è necessario sotto il profilo sanitario³, economico⁴ o lavorativo⁵. Si tratta quindi di interventi erogati a favore di quelle persone che si trovano in stato di bisogno e questo non sia protetto, totalmente o parzialmente, dal sistema previdenziale⁶.

L'assistenza sociale viene attuata direttamente dagli organi della Amministrazione pubblica che attinge i propri mezzi dal finanziamento pubblico, posto a carico dello Stato o delle Regioni e derivante dal prelievo fiscale gravante su tutti i cittadini obbligati alla denuncia dei redditi.

Se tra Previdenza e Assistenza, entrambe previste dalla Costituzione⁷, esistono delle comunanze, intervenendo cioè entrambe nel caso di bisogno

² Es. il cittadino diventa incapace di procurarsi il necessario per vivere con i propri mezzi o con il proprio lavoro o nel caso di disoccupazione involontaria.

³ Es. assistenza in caso di malattia.

⁴ Es. assegno mensile agli invalidi civili, pensioni sociali, assegno di accompagnamento, ecc.

⁵ Es. corsi di qualificazione e riqualificazione professionale, lavoro protetto, ecc.

⁶ Es. assistenza socio-sanitaria; assistenza agli invalidi civili, ai sordomuti, ai ciechi, ecc.

⁷ art. 38 Cost.: "Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malat-

al fine di riparare o limitare un danno, le rispettive funzioni presentano però anche qualche diversità:

- l'intervento *assistenziale* si dirige verso tutti i cittadini bisognosi che non abbiano mezzi propri di sostentamento, mentre la *previdenza* sociale limita il suo raggio d'azione alle sole categorie di lavoratori assicurati;
- l'*assistenza* pubblica è sovvenzionata dal finanziamento dello Stato o degli Enti locali, la *previdenza* sociale reperisce i fondi attraverso i contributi obbligatori dell'assicurazione;
- nell'ordinamento *previdenziale* la prestazione è un diritto soggettivo, prestabilito nella norma e nella misura, mentre l'intervento *assistenziale* è un atto discrezionale della Autorità amministrativa, costituendo quindi un'aspettativa gravata da incertezza, tranne nei casi in cui l'assistenza pubblica sia un diritto garantito per legge.

1.4. Beneficenza

Sono previsti infine gli interventi di *beneficenza*, attuati attraverso la corresponsione di somme di denaro o di altri beni ai soggetti bisognosi o in stato di indigenza, compito al quale provvedono specialmente le Regioni attraverso fondi provenienti dagli introiti fiscali dello Stato.

Tabella riassuntiva
Differenze "Assistenza"- "Previdenza"

Assistenza	Previdenza
Si dirige verso tutti i cittadini bisognosi che non abbiano mezzi propri di sostentamento	Limita il suo raggio d'azione alle categorie di lavoratori assicurati
È sovvenzionata dal finanziamento dello Stato o degli Enti locali	Reperisce i fondi tramite i contributi obbligatori dell'assicurazione
È un atto discrezionale della Autorità amministrativa, quindi un'aspettativa gravata da incertezza, tranne i casi in cui l'assistenza pubblica sia un diritto garantito per legge	È un diritto soggettivo nell'ordinamento previdenziale ed è prestabilita nella norma e nella misura

tia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale. Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi e istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assicurazione privata è libera."

2. Previdenza sociale

2.1. Concetti generali

Le assicurazioni sociali sono *obbligatorie*, obbligatorietà voluta dallo Stato che, con specifiche leggi, impone ai datori di lavoro di assicurare i propri dipendenti (o se stessi nel caso di artigiani, coltivatori diretti, ecc.) e di pagare per essi i contributi previdenziali.

Nelle assicurazioni sociali, il soggetto *assicuratore* è esclusivamente un Ente pubblico (INAIL o INPS), istituito da apposite leggi dello Stato, che ne controlla la gestione. L'*assicurante* è il datore di lavoro, a cui spetta denunciare l'inizio del rapporto di lavoro del dipendente (*l'assicurato*) e "assicurare" quest'ultimo pagando nei modi e nei tempi stabiliti i contributi fissati dalla legge.

Le *prestazioni* erogate sono *automatiche* (con le dovute riserve per i lavoratori autonomi e per l'invalidità, la vecchiaia e per la tbc). Al realizzarsi del rischio, le prestazioni sono concesse al lavoratore dipendente in ogni caso, anche qualora il datore di lavoro non abbia adempiuto agli obblighi di denuncia circa l'inizio del rapporto di lavoro e/o agli obblighi contributivi⁸. Per avere diritto alle prestazioni è quindi unicamente necessario che il lavoratore dimostri di avere regolarmente preso servizio.

Le assicurazioni sociali esulano da ogni intento di lucro e perseguono finalità di sicurezza sociale. Le prestazioni economiche e sanitarie nel regime previdenziale sono erogate in base a criteri uniformi e correlate alla gravità del "danno" lavorativo, e quindi sicure e prestabilite nel loro ammontare.

Le assicurazioni sociali tendono non solo a risarcire i danni derivanti al lavoratore dagli eventi pregiudizievoli che lo hanno colpito, ma pongono in essere ogni mezzo idoneo a conservare o a ripristinare la sua validità, la sua capacità produttiva nonché a prevenire l'insorgenza del danno e le situazioni di rischio, in quanto, essendo parte integrante del sistema di sicurezza sociale, perseguono anche e specialmente finalità preventive (igiene e sicurezza degli ambienti di lavoro) e riabilitative.

⁸ T.U. delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali" (D.P.R. 30 giugno 1965, n°1124) art. 67: ".../ gli assicurati hanno diritto alle prestazioni da parte dell'Istituto assicuratore anche nel caso in cui il datore di lavoro non abbia adempiuto agli obblighi stabiliti dal presente titolo."

2.2. Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL)

2.2.1. Introduzione

Il "Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali" (D.P.R. 30 giugno 1965, n°1124), contempla tutte quelle attività, del settore sia industriale sia agricolo, che comportano per il lavoratore un rischio di danno lavorativo e cioè tutte quelle mansioni connesse all'impiego di macchine, apparecchi o impianti⁹ e che quindi rientrano fra le attività protette alle quale è collegata la tutela assicurativa INAIL.

Come si evince dal titolo del Testo Unico (T.U.), l'INAIL costituisce l'istituto assicurativo sociale preposto alla tutela del rischio sia di subire un infortunio lavorativo sia di contrarre una malattia professionale.

In termini tecnico-assicurativi e giuridici, il *rischio* suole essere distinto in: - *generico*, cioè la semplice *possibilità* del verificarsi di un evento dannoso¹⁰; - *generico aggravato*, quando sussiste la *probabilità* del verificarsi dell'evento dannoso¹¹; - *specifico*, quando esiste una *elevata probabilità* del verificarsi dell'evento dannoso¹².

Affinché sussista la tutela previdenziale occorre però che il lavoro abbia prodotto almeno un aggravamento del rischio generico, che si tratti cioè di un rischio "generico aggravato" o "specifico". Si deve trattare di un rischio

⁹ T.U., art. 1 tutela gli addetti a: ".../ macchine mosse non direttamente dalla persona che ne usa, ad apparecchi a pressione, ad apparecchi e impianti elettrici o termici, nonché delle persone comunque occupati in opifici, laboratori o in ambienti organizzati per lavori, opere o servizi, i quali comportino l'impiego di tali macchine, apparecchi o impianti. L'obbligo dell'assicurazione ricorre altresì quando le macchine, gli apparecchi o gli impianti di cui al precedente comma siano adoperati anche in via transitoria o non servano direttamente ad operazioni attinenti all'esercizio dell'industria che forma oggetto di detti opifici o ambienti ovvero siano adoperati dal personale comunque addetto alla vendita, per prova, presentazione pratica o esperimento."

¹⁰ N.B. Il rischio *generico* è quello a cui è esposta la generalità degli appartenenti ad una data collettività (es. terremoto, fulmine, inondazione, incendio ecc.).

¹¹ N.B. Il rischio *generico aggravato* è quello che deriva dalla stessa attività espletata che costringe il lavoratore ad esporsi maggiormente a determinati fattori di rischio (addetto a lavori di manutenzione stradale è più esposto ad infortuni stradali; il pastore è più esposto ad essere colpito da un fulmine, ecc.).

¹² N.B. Il rischio *specifico* è quello che grava soltanto su coloro che svolgono una certa attività e quindi dipende proprio dalle particolari caratteristiche dell'attività espletata (lavoratore addetto alla bonifica di campi minati; alla preparazione di gas o di sostanze tossiche; elettricista addetto alla riparazione di impianti o circuiti elettrici, ecc.).

lavorativo nel senso che il lavoro deve esso stesso condizionare e in qualche modo aggravare la natura e l'entità del rischio.

La tutela INAIL del lavoratore interviene al verificarsi delle condizioni di bisogno e i presupposti fondamentali per l'intervento previdenziale sono unicamente: - l'espletamento dell'attività protetta; - l'esistenza di un valido nesso di causalità fra antecedente lesivo (causa violenta in occasione di lavoro, per gli infortuni, o caratteristiche morbigine della lavorazione, per le malattie professionali) e danno lavorativo (vale cioè il principio della presunzione di pericolosità e dell'esistenza del rischio nel caso si tratti di lavorazioni protette).

2.2.2. L'infortunio lavorativo

L'infortunio lavorativo costituisce un evento imprevedibile ed incerto¹³ nel suo concreto verificarsi.

Gli elementi caratterizzanti l'infortunio sul lavoro sono: - *l'anomalia* dell'accadimento rispetto all'andamento regolare del lavoro; - *l'imprevedibilità* dell'evento dannoso non voluto dal lavoratore e giunto inaspettato; - *l'accidentalità* dell'incontro tra la causa lesiva e il lavoratore, non dipendente da caso fortuito o forza maggiore, ma legata alla insita pericolosità della prestazione d'opera.

L'articolo 2 del T.U. stabilisce che "*l'assicurazione comprende tutti i casi di infortunio avvenuti per causa violenta in occasione di lavoro, da cui sia derivata la morte o una inabilità permanente al lavoro, assoluta o parziale, ovvero una inabilità temporanea assoluta che comporti l'astensione dal lavoro per più di tre giorni*".

Si tratta quindi di un evento, anche non accidentale, purché non volontariamente provocato dall'assicurato, imprevedibile e abnorme, pregiudizievole per la sua integrità fisico-psichica, il cui momento centrale è l'incontro, in occasione di lavoro, di una causa violenta con l'organismo umano.

Gli elementi costitutivi di un infortunio indennizzabile INAIL sono quindi, oltre la presenza di un *rischio* (specifico o generico aggravato), l'elemento eziologico (*causa violenta*), l'elemento circostanziale (*occasione di lavoro*) e l'elemento consequenziale (il *danno lavorativo*; morte o inabilità).

¹³ N.B. L'incertezza nel verificarsi dell'infortunio significa che non è dato sapere se, come, quando si realizza e chi fra tutte quelle che prestano lavoro nelle medesime condizioni, subirà l'infortunio.

La *causa violenta* è rappresentata da agenti esterni¹⁴, dotati di idoneità lesiva¹⁵ che agiscono sull'organismo del lavoratore in modo concentrato nel tempo (concentrazione cronologica¹⁶).

L'*occasione di lavoro* è definibile come rapporto tra il lavoro e l'infortunio e sussiste ogni qualvolta il lavoro, al quale l'assicurato è adibito, determina l'esposizione al pericolo di azioni lesive, cioè all'infortunio occasionato dal lavoro¹⁷. L'infortunio deve quindi verificarsi in stretta connessione con il perseguimento delle specifiche finalità lavorative.

L'*evento dannoso* può comportare la *morte* o una lesione personale da cui derivi l'*inabilità al lavoro*, la riduzione o la perdita quindi della cosiddetta *attitudine al lavoro*, della capacità cioè di espletare un lavoro economicamente utile, quindi proficuo, in quanto produttivo di un guadagno.

A sua volta l'*inabilità* a lavoro può essere: - *temporanea parziale* (non indennizzabile INAIL); - *temporanea assoluta* che importi l'astensione dal lavoro per meno di tre giorni (non indennizzabile INAIL); - *temporanea assoluta*, quando l'infortunio o la malattia professionale comporta l'astensione al lavoro per più di tre giorni; - *permanente parziale*, quando l'infortunio o la malattia professionale abbia diminuito in parte, ma essenzialmente e per tutta la vita l'attitudine al lavoro del lavoratore; - *permanente assoluta*, quando l'infortunio o la malattia professionale abbia tolto completamente e per tutta la vita l'attitudine al lavoro del lavoratore.

È inoltre prevista la tutela per l'*infortunio in itinere*, quello cioè che il lavoratore può subire nell'andare dalla propria abitazione verso il luogo di lavoro o nel ritornare da esso. Si deve però trattare di un rischio generico aggravato o specifico¹⁸.

¹⁴ Def. *Esteriorità*: azioni nocive estranee all'organismo (traumatismi in genere; energia meccanica, elettrica, radiante, termica, ecc.).

¹⁵ Def. *Idoneità lesiva*: è ammessa per tutte quelle azioni anormali rispetto al regolare andamento del lavoro, capaci di produrre lesioni da cui derivi la morte o una inabilità.

¹⁶ Def. *Concentrazione cronologica*: (causalità concentrata nel tempo) si riferisce alla durata del contatto tra agente esterno e l'organismo del lavoratore entro limiti di tempo cronologicamente determinabili (per azione traumatica, inalazione, ingestione, inoculazione, irradiazione ecc.), convenzionalmente esteso all'intera turno lavorativo.

¹⁷ Def. *L'occasione di lavoro*: l'infortunio deve avvenire sul posto di lavoro e durante l'orario lavorativo. Sono inoltre necessari la presenza di un rischio professionale (è il lavoro stesso che reca in sé il movente dell'azione lesiva; il lavoro è in sé pericoloso) e la finalità di lavoro (rapporto di obbligo derivante dal contratto di lavoro, in virtù del quale l'assicurato è tenuto alla prestazione della propria opera, esponendosi in tal modo al rischio professionale).

¹⁸ Es. necessità di attraversare a piedi l'unica strada percorribile e particolarmente accidentata.

Sebbene solitamente si tratti di un evento accidentale, l'infortunio può verificarsi anche per "dolo" o per "colpa" di terzi, che, se non viene meno la finalità di lavoro, rimane comunque indennizzabile.

Anche nel caso di infortunio verificatosi per colpa (imperizia, imprudenza o negligenza, ecc.) dello stesso lavoratore non è esclusa automaticamente l'indennizzabilità dell'eventuale danno lavorativo; né la colpa del lavoratore esclude di per sé quella eventuale del datore di lavoro.

Qualora l'infortunio deriva, invece, da un comportamento del lavoratore estraneo alle finalità di lavoro, il danno non potrà costituire infortunio indennizzabile, mancando uno dei suoi requisiti fondamentali e cioè l'occasione di lavoro. Qualora il lavoratore abbia simulato dolosamente o aggravato le conseguenze di un infortunio, egli perde il diritto ad ogni prestazione.

Accertato che dall'infortunio sia derivata una inabilità permanente che riduca l'attitudine al lavoro e produca un danno biologico¹⁹ in misura superiore al 5% (franchigia) è corrisposta, con effetto dal giorno successivo a quella della cessazione dell'inabilità temporanea assoluta, una prestazione economica rapportata al grado dell'inabilità stessa. A tal fine si dovrà tener conto delle tabelle valutative annesse al T.U. che riportano per ciascuna delle menomazioni citate valori di inabilità permanente uguali per tutti i lavoratori del settore considerato senza alcuna differenza a seconda della diversa attività espletata o della diversa qualifica del lavoratore.

Nel caso in cui il grado di invalidità permanente sia compresa fra il 6% ed il 15%, all'assicurato verrà versato un indennizzo in un'unica soluzione (*una tantum*), mentre per le invalidità superiori al 16% viene erogata una rendita mensile.

La rendita per inabilità permanente erogata dall'INAIL ha la funzione di indennizzare il danno subito, di affrancare il lavoratore dalla conseguente situazione di bisogno, attraverso un corrispettivo economico della ridotta capacità di trarre guadagno dalla propria forza di lavoro.

2.2.3. La malattia professionale

Oltre agli infortuni lavorativi, l'INAIL tutela le cosiddette *malattie professionali*, o del lavoro, o tecnopatîe, che colpiscono i lavoratori assicurati,

¹⁹ N.B. Il decreto legislativo n°38 del 2000 ha introdotto anche in ambito INAIL il concetto di danno biologico. Le malattie professionali e gli infortuni sul lavoro occorsi dopo il 25 luglio 2000 non vengono più valutati nel senso di invalidità permanente, ma viene valutata la menomazione all'integrità psico-fisica. Quando il danno biologico supera il limite di franchigia del 5%, arrivando cioè almeno al 6%, e comporta anche eventuali conseguenze patrimoniali, viene corrisposto un indennizzo o una rendita.

esposti in modo protratto al rischio tutelato (rischio generico aggravato, rischio specifico) e per le quali sia certa la derivazione causale dall'attività espletata.

Il T.U., all'articolo 3, così definisce la malattia professionale: “L'assicurazione è altresì obbligatoria per la malattie professionali /.../ le quali siano contratte nell'esercizio e a causa delle lavorazioni specificate nella tabella stessa ed in quanto tali lavorazioni rientrino fra quelle predette nell'art. 1. /.../”.

L'assicurato deve quindi contrarre la tecnopatia “nell'esercizio” ed “a causa” della lavorazione espletata o “a causa” della specifica noxa patogena (piombo, cromo, idrocarburi, ecc.) cui è esposto per l'assolvimento della propria attività.

Occorre però anche tenere conto dell'ambiente di lavoro, in quanto la legge non pone come presupposto necessario ed esclusivo che il lavoratore esegua direttamente una delle lavorazioni indicate dal T.U., essendo sufficiente che la malattia risulti contratta nell'ambiente di lavoro, purché frequentato a causa delle lavorazioni stesse (es. ipoacusie o sordità da rumore), anche se queste sono materialmente eseguite da un soggetto diverso da quello colpito.

A differenza dell'infortunio lavorativo, dovuto a causa violenta concentrata nel tempo, nella malattia professionale la *causa è diluita nel tempo* (il lavoratore è esposto al rischio lavorativo per l'intero arco della sua attività) e agisce in modo lento, cioè con azione graduale e protratta nel tempo. La natura dell'antecedente causale (nell'infortunio o nella malattia professionale) può però anche essere la stessa, quello che cambia è quindi soprattutto la sua diversa modalità d'azione²⁰.

Nella malattia professionale il danno non è mai improvviso, né imprevisto o imprevedibile, ma è sempre direttamente connesso alla nocività “intrinseca” della lavorazione. Il danno al lavoratore può per certi versi essere considerato quasi “inevitabile”, da cui la grande importanza dell'adozione di misure di prevenzione e protezione dell'ambiente di lavoro.

Per definire ciò che deve o non deve rientrare fra le malattie professionali, il legislatore ha previsto il sistema cosiddetto della *lista chiusa*, secondo il quale sono ritenute tali solo quelle tassativamente elencate nelle apposite tabelle (sia per industria sia agricoltura) e riferite ad attività o lavorazioni pur esse specificatamente indicate, che devono manifestarsi entro un preciso intervallo di tempo, pur esso ben indicato, a partire dal momento

²⁰ Es. una data noxa patogena (es. sostanza tossica presente nella lavorazione), potrà causare un infortunio lavorativo se agisce in modo rapido e concentrato (intossicazione acuta) oppure una malattia professionale se agisce in modo lento, reiterato o protratto nel tempo (intossicazione cronica).

dell'abbandono o cessazione della lavorazione morbigena (il periodo massimo di indennizzabilità).

In pratica, perché si dia luogo alla rendita INAIL, secondo il sistema della lista chiusa, occorre che la malattia patita dal lavoratore: - sia contemplata fra quelle contenute nella lista; - sia stata contratta nell'esercizio e a causa di lavorazioni o a causa di noxae patologiche tassativamente indicate dal legislatore; - si sia manifestata clinicamente entro un certo limite di tempo dalla cessazione dell'attività in questione, limite tassativamente indicato in tabella; - abbia portato ad una inabilità permanente superiore ad un certo grado.

Nonostante gli indubbi vantaggi per il lavoratore di provare la natura professionale della malattia eventualmente patita, il sistema di lista chiusa presenta notevoli inconvenienti, in quanto la tutela è limitata tassativamente alle sole malattie elencate²¹.

Data però l'evoluzione delle tecniche e le sempre nuove e diverse possibilità di poter essere esposti da date noxae, le tabelle necessiterebbero quindi di continui aggiornamenti, ragion per cui, grazie all'intervenuta della Corte Costituzionale, la tutela è stata estesa anche a malattie non comprese nella lista, sempre che venga dimostrato con certezza il nesso di causalità tra la malattia stessa e l'attività lavorativa. L'onere della prova spetta al lavoratore che richiede la rendita, a differenza di quanto avviene con il sistema tabellare dove è sufficiente verificare la sussistenza dei criteri stabiliti.

L'attuale sistema di tutela si definisce quindi "*misto*", in quanto ammette sia l'indennizzabilità delle malattie contemplate nel sistema di lista chiusa sia di quelle per le quali sia comunque dimostrato il nesso causale (*sistema di lista aperta*).

²¹ N.B. L'ultimo aggiornamento della tabella è stato approvato con il D.M. 9 aprile 2008, che rivede le tabelle delle malattie professionali al fine di aggiornarle in base al progresso delle conoscenze scientifiche, rendendole così coerenti all'evoluzione del quadro normativo nazionale ed europeo. La principale novità delle nuove tabelle è rappresentata dall'introduzione dell'indicazione nosologica delle malattie correlate agli agenti causali, con l'indicazione puntuale del numero di codifica internazionale ICD-10, innovazione che consentirebbe maggiori garanzie a tutte le parti in causa, riducendo di conseguenza i casi di contenzioso. È stata inoltre introdotta una voce aperta di malattia (altre malattie causate dall'esposizione professionale con ICD-10 da specificare per la malattia che si intende denunciare), che permetterebbe di riconoscere patologie che, diversamente descritte nella formulazione diagnostica, siano nosologicamente riconducibili allo stesso agente causale. Altro elemento innovativo è costituito dall'indicazione delle varie malattie con l'introduzione di una diversificazione del periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione. Precedentemente, era previsto un periodo unico pur a fronte di malattie con latenza clinica molto differente. Si è comunque conservata la struttura delle precedenti tabelle per facilità di consultazione.

Negli ultimi anni poi, visto la progressiva diminuzione delle malattie professionali a genesi unifattoriale, si è assistito ad un ampliamento della nozione di causalità da lavoro, nel senso che come tale deve intendersi non solo quella contratta nell'esercizio e a causa del lavoro, ma anche quella di cui si possa dimostrare un essenziale ruolo concausale esercitato dal lavoro stesso.

Una tutela particolare e separata²² spetta alla *silicosi*²³ e all'*asbestosi*²⁴, due pneumoconiosi causate dall'accumulo di polveri inorganiche a livello polmonare.

Per entrambe queste patologie le prestazioni sono dovute in caso di morte o di inabilità permanente al lavoro superiore al 6%. Non è prevista l'indennità per inabilità temporanea assoluta, ma solo un assegno giornaliero per i giorni in cui il lavoratore deve sottoporsi ad accertamenti diagnostici. Infatti, una volta raggiunta la certezza diagnostica della malattia, si presume che l'inabilità sia valutabile in termini di permanenza (vista l'impossibilità di una reversione clinica); da ciò l'esclusione della indennità per inabilità temporanea.

Oltre all'assicurazione obbligatoria contro l'infortunio sul lavoro e le malattie professionali, è prevista l'assicurazione obbligatoria contro le malattie e le lesioni degli operatori sanitari causati dall'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive. L'assicurazione riguarda tutti i casi di malattia o di lesione da cui sia derivata la morte o l'inabilità permanente assoluto o anche parziale, purché di grado superiore al 6%.

È importante rammentare come il progressivo sfumare della distinzione fra infortunio lavorativo e malattia professionale abbia dato luogo ad una

²² Legge 27 dicembre 1975, n°780, assorbita nel capo VIII del T.U.

²³ N.B. La *silicosi* è causata dall'inalazione di silice cristallina o silice libera che determina una fibrosi polmonare che si manifesta particolarmente con bronchite ed enfisema (dispnea da sforzo, insufficienza respiratoria a prevalente carattere ostruttivo) e ripercussioni sull'apparato circolatorio. Al Rx si evidenzia una disseminazione diffusa di ombre nodulari, miliariformi, confluenti o non.

²⁴ N.B. L'*asbestosi* è una fibrosi polmonare provocata da inalazione di polveri di amianto e si manifesta con la presenza negli alveoli, bronchioli e connettivo interstiziale di corpuscoli di asbesto con tracheobronchite e enfisema. Al Rx si nota una velatura del campo polmonare e striature ad intrecci reticolari più o meno intensi, maggiormente diffusi alle basi. Il rischio di malattia riguarda principalmente l'azione cancerogena e la comparsa di carcinomi del polmone e delle sierose (pleurica, peritoneale e pericardica; mesoteliomi).

recente disposizione normativa²⁵ che prevede un elenco delle malattie che “ogni medico che ne conosce l’esistenza” deve denunciare all’AUSL competente per territorio e che è costituito “*dalla lista I, contenente malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità; dalla lista II, contenente malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità; dalla lista III, contenente malattie la cui origine lavorativa è possibile*” (art. 1 D.M.). Così, per quanto riguarda la demarcazione fra infortunio e malattia professionale, tale elenco, nella lista I, gruppo 3, contempla le “malattie da agenti biologici batterici e organismi simili”, la cui collocazione più idonea sarebbe tra gli infortuni lavorativi. Il recente D.M. del 9 aprile 2008, “*Nuove tabelle delle malattie professionali nell’industria e nell’agricoltura*”, ben rappresenta il tentativo di aggiornamento dell’INAIL in una materia sempre più delicata e sempre più destinata a cambiare in futuro a fronte del rinnovamento dello scibile biomedico.

Una “nuova” forma di patologia lavorativa, ancora molto discussa in ambito INAIL, è il mobbing, forma di violenza psicologica sul luogo di lavoro nei confronti di una vittima designata (vedi oltre).

2.2.4. Le prestazioni INAIL

Una volta accertata l’esistenza del diritto, le prestazioni erogate dall’INAIL sono automatiche, vengono cioè concesse al lavoratore “automaticamente”, quindi nel momento stesso dell’evento dannoso e indipendentemente dal fatto se il datore di lavoro abbia o meno soddisfatto l’obbligo contributivo (con l’eccezione naturalmente dei lavoratori autonomi per i quali è invece necessario il requisito contributivo).

Le prestazioni erogate possono essere di ordine sanitario e di ordine economico e sono erogate sulla base di criteri uniformi e correlati alla gravità del “danno biologico” e delle conseguenze patrimoniali sfavorevoli che eventualmente ne derivano.

a) Per quanto riguarda le *prestazioni sanitarie*, le cure mediche e chirurgiche ordinarie vengono fornite dalle strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Vengono poi erogate cure specifiche disposte dall’INAIL al fine di recuperare la capacità lavorativa, quali la fornitura e il rinnovo le protesi se

²⁵ D.M. 27 aprile 2004 e D.M. 14 gennaio 2008: “*Elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia, ai sensi e per gli effetti dell’art. 139 del Testo Unico, approvato con Decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n°1124 e successive modifiche e integrazioni*”.

utili a ridurre il grado di inabilità permanente o l'avviamento alle cure terminali.

Resta comunque fermo il fatto che l'assicurato è sempre libero di scegliere se praticare o meno le cure che gli sono state prospettate, ma se, in assenza di giustificati motivi, rifiuta di sottoporsi alle terapie ritenute necessarie per emendare lo stato di inabilità, egli andrà incontro alla perdita totale dell'indennità per inabilità temporanea. L'istituto è legittimato, in questi casi, a commisurare la rendita per inabilità permanente al minor grado presumibile che sarebbe stato raggiunto se il soggetto si fosse sottoposto alle cure indicate come necessarie (vedi anche capitolo riguardante T.S.O.).

b) Le prestazioni di ordine *economico* sono: - *indennità giornaliera* per inabilità temporanea assoluta a partire dal 4° giorno, mentre i primi tre sono a carico del datore di lavoro. Questa indennità è maggiorata se supera i 90 giorni; - *rendita per inabilità permanente assoluta o parziale*: a decorrere dal giorno successivo a quello della cessazione per inabilità temporanea assoluta, allorché l'inabilità permanente superi i requisiti minimi di legge; - *assegno per l'assistenza personale continuativa* agli invalidi del lavoro al 100%; - *rendita ai superstiti* più un assegno una tantum nel caso di morte (assegno funerario); - *assegno continuativo* erogato alla vedova o agli orfani di un grande invalido del lavoro (80%), nel caso in cui la morte sia avvenuta per cause non dipendenti dall'infortunio o dalla malattia professionale (altrimenti viene concessa la rendita di cui al punto precedente); - *rendita di passaggio*: riconosciuta solo per silicosi e asbestosi e solo per un anno; è ripetibile per un altro anno ed è motivata dal fatto che quando il lavoratore abbandona il lavoro perché affetto da una di queste due infermità è costretto a cercarsi una nuova occupazione che non comporti rischi pneumoconiotico; nel periodo di passaggio gli viene riconosciuto il diritto a questa particolare previdenza economica; - *assegno di incollocabilità*: viene concessa a coloro che abbiano: una riduzione della capacità lavorativa in misura non inferiore al 34%; un'età non superiore a quella prevista per essere ammesso al collocamento d'obbligo (65 anni); un'impossibilità di beneficiare dell'assunzione obbligatoria a motivo della natura o del grado di inabilità permanente; - *rendita diretta alle casalinghe*: purché in età tra i 18 e 65 anni, svolga esclusivamente il lavoro domestico per la cura dei componenti della famiglia e dell'ambiente in cui dimora, non abbia altre attività con iscrizione a enti previdenziali e abbia un infortunio cui consegua una inabilità permanente uguale o superiore al 33%. A decorrere dal 1 gennaio 2007 la inabilità permanente deve essere uguale o superiore al 27%.

2.2.5. L'istituto della revisione

La misura della rendita per inabilità permanente può essere sottoposta a revisione su richiesta dell'assicurato (= *revisione attiva*) oppure per disposizione dell'Istituto (= *revisione passiva*), allorquando si presuma rispettivamente che sia intercorsa una modificazione peggiorativa o migliorativa dell'attitudine al lavoro, sempre che sia riconducibile alle conseguenze dell'infortunio o della malattia professionale.

Per i primi quattro anni dalla costituzione della rendita, la revisione può essere richiesta o disposta unicamente a distanza di almeno un anno dal giorno dell'infortunio e almeno sei mesi dalla corresponsione della rendita e ogni revisione deve distanziarsi dalla precedente di un anno. Trascorsi i quattro anni, e prima della scadenza del decennio, la revisione per la rendita da infortunio può essere richiesta o disposta per sole due volte, alla scadenza del triennio.

Va infine ricordato che un infortunio lavorativo può andare incontro a *ricaduta*, cioè ad una riacutizzazione della sintomatologia con nuova inabilità temporanea assoluta e che determina la riapertura della pratica assicurativa in prosecuzione del percorso amministrativo inerente l'evento infortunistico reputato unico, o a *recidiva*, cioè un nuovo evento infortunistico con caratteristiche analoghe al primo e per il quale viene aperta una nuova pratica infortunistica, visto il carattere autonomo rispetto al primo.

2.2.6. Denunce e certificazioni. I compiti del medico

In seguito al verificarsi di un infortunio lavorativo sorgono specifici obblighi di segnalazione da parte dell'assicurato, del datore di lavoro e del medico, che ha prestato l'assistenza all'infortunato.

L'*assicurato* è obbligato a dare immediata notizia al proprio datore di lavoro di qualsiasi infortunio, anche se di lieve entità. La mancata denuncia non fa però venir meno il principio dell'automaticità dell'assicurazione, ma comporta la perdita del diritto all'indennità per i giorni antecedenti a quelli in cui il datore di lavoro ha avuto notizia del fatto.

Il *datore di lavoro* deve denunciare all'istituto assicuratore, entro due giorni dalla notizia, l'infortunio che ha colpito il proprio lavoratore. La denuncia deve essere corredata da un certificato medico. Se si tratta di infortunio mortale o per il quale si prevede il pericolo di vita, la denuncia deve essere inoltrata per telegramma entro 24 ore dal fatto.

Al medico che ha prestato le prime cure spetta redigere i certificati relativi:

a) il *primo certificato*, da compilarsi su appositi moduli, fornisce le notizie circa le modalità e le conseguenze dell'infortunio, precisando la presumibile durata della inabilità temporanea assoluta per numero di giorni, nonché l'eventualità di una inabilità permanente residua. Egli deve inoltre ottemperare all'obbligo del referto o del rapporto nei casi di morte o di lesioni personali gravi o gravissime eventualmente connesse alla violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro (vedi capitolo riguardante referto e denuncia di reato). Spetta inoltre al medico l'immediato invio della notificazione dell'infortunio, in duplice copia, una delle quali è destinata all'istituto assicuratore, l'altra al datore del lavoro.

b) In caso di proseguimento delle cure, cioè di *continuazione dell'inabilità*, il medico curante deve redigere un nuovo certificato attestante che l'infortunato non è guarito nel tempo pronosticato, formulando un giudizio sulle cause che hanno ritardato la guarigione e sulla presumibile durata ulteriore dell'inabilità stessa.

c) A guarigione avvenuta, il medico redige il *certificato definitivo* dell'infortunio, indicando la diagnosi accertata e precisando se l'infortunato ha avuto la guarigione clinica, se può riprendere il lavoro e in quale giorno, se residuano postumi e di quale entità.

Non compete comunque al medico curante formulare un giudizio sul grado della inabilità, giudizio che spetta ai medici dell'Istituto assicuratore, i quali provvedono alla visita medica per accertare i postumi secondo i criteri fissati dall'assicurazione.

2.3. Il Mobbing

In ambito lavorativo, accanto ai rischi tradizionali (chimici, fisici e biologici), quali ulteriori fonti di alterazioni dello stato di salute dei lavoratori, si stanno sempre più profilando quelli psico-sociali, tra cui quello "relazionale" o "interpersonale", specie sotto forma di vessazioni e violenza psicologica, il cosiddetto "*mobbing*"²⁶, solo di recente all'attenzione del mondo

²⁶ N.B. Dati statistici inglesi citano 1 caso di mobbing ogni 8 lavoratori, arrivando, in certi casi a parlare del 50% dei lavoratori. Secondo altre fonti (1998) l'8,1% dei lavoratori europei (oltre 12 milioni di persone) ne sarebbe stato vittima: il 16,3% dei lavoratori in Gran Bretagna, il 10,2% in Svezia, il 9,9% in Francia e il 7,3% in Germania. Secondo il Centro di Disadattamento della Clinica del Lavoro "Luigi Devoto" di Milano ogni dipendente avrebbe il 25% di possibilità di trovarsi, nel corso della propria esperienza professionale, in tali condizioni, mentre il 10% dei casi di suicidio presenterebbe come concausa una situazione di mobbing. In Italia, le vittime, dirette ed indirette, arriverebbero a 5 milioni. *Vittime indirette:*

medico e giuridico²⁷.

Il “mobbing” (dall’etologia: comportamento aggressivo ed ostile messo in atto dal branco al fine di estromettere un suo membro; sinonimi: "molestie morali", "persecuzione psicologica negli ambienti di lavoro", "persecuzione sul lavoro", "violenza morale sul lavoro", “terrorismo psicologico sul posto di lavoro”) si manifesta attraverso un’“aggressione”, per lo più psicologica, sistematica e continuativa, attuata con diverse modalità e gradualità e con chiari intenti discriminatori o dal datore di lavoro, o da un suo preposto, o da un superiore gerarchico oppure dai colleghi e/o sottoposti²⁸, con la tolleranza dell’azienda, contro un lavoratore al fine di emarginarlo e/o estrometterlo (licenziamento, dimissioni forzate) dal proprio ambiente di lavoro e di arrecargli un danno psicofisico, morale ed economico²⁹.

L’ambiente extralavorativo, specie la famiglia, rappresenta per il mobbizzato un’occasione di sfogo "dell’energia produttiva". Dapprima la famiglia erigerebbe un muro di protezione per non farsi coinvolgere eccessivamente dai problemi della vittima, fino ad arrivare rifiutarlo. Nei casi più gravi, i congiunti subirebbero in modo riflesso il mobbing, situazione che può causare la rottura del ménage familiare, con richiesta di separazione o divorzio.

²⁷ N.B. L’analisi sistematica del fenomeno “mobbing” è iniziata nei paesi anglosassoni agli inizi degli anni ’80, mentre in Italia se ne discute da circa quindici anni. - Il “problema mobbing” sarebbe il frutto inevitabile del cambiamento rapidissimo (dagli anni ’80 in poi) del lavoro e della produttività, da cui la necessità di un adeguamento costante ed ansiogeno alle nuove conoscenze ed esperienze lavorative. Le frequenti ristrutturazioni d’aziende e di servizi pubblici, comportano spesso allontanamento (cassa integrazione, pensione anticipata, liquidazioni allettanti, ecc.) dei cosiddetti “esuberanti”. - Comportamenti mobbizzanti possono nascere da: a) episodi più o meno direttamente riconducibili ad una volontà strutturale dell’azienda volta ad estromettere un proprio dipendente in base a criteri di natura economica; b) da una ostilità maturata idiosincrasicamente sul piano di rapporti interpersonali; c) dalla contemporanea presenza di entrambi i fattori. - Secondo recenti studi, il mobbing dipenderebbe dalla degenerazione dei conflitti interpersonali all’interno di ambienti lavorativi mal organizzati e mal gestiti dal punto di vista delle risorse umane. - Fattori suscettibili di aumentare la probabilità di mobbing sarebbero: a) una cultura organizzativa che o tollera o non riconosce il mobbing come problema; b) un cambiamento repentino nell’organizzazione; c) l’insicurezza del posto di lavoro; d) la scarsa qualità del rapporto tra personale e direzione, nonché un basso livello di soddisfazione nei confronti della leadership; e) scarsa qualità del rapporto con i colleghi; f) livelli estremamente elevati delle richieste avanzate al lavoratore; g) politica del personale carente e valori comuni insufficienti; h) aumento generalizzato del livello di stress legato all’attività lavorativa; i) conflitti di ruolo.

²⁸ Def. Il mobbing può distinguersi in: *verticale o bossing*, attuato dal superiore gerarchico nei confronti del sottoposto; *orizzontale o trasversale*, effettuato dai pari grado; *strategico*, operato sia dai superiori sia dai pari.

²⁹ N.B. Le caratteristiche del mobbing citate vengono richiamate nel Disegno di legge 13 Ottobre 1999, n°4265: “1. Ai fini della presente legge vengono considerate violenze morali e persecuzioni psicologiche, nell’ambito dell’attività lavorativa, quelle azioni che mirano esplicitamente a danneggiare una lavoratrice od un lavoratore. Tali azioni devono essere svolte con carattere sistematico, duraturo e intenso. 2. Gli atti vessatori, persecutori, le critiche e i maltrattamenti verbali esasperati, l’offesa alla dignità, la delegittimazione di imma-

L'attività persecutoria, per le sue intrinseche potenzialità lesive può quindi provocare notevoli e molteplici pregiudizi all'integrità psicofisica della vittima, il danno biologico³⁰, oltre ad una pluralità di danni patrimoniali, non patrimoniali ed esistenziali, afferendo quindi i danni alla professionalità, alla salute, ai diritti fondamentali della persona in quanto tale, ecc.

Si tratta di una dinamica di gruppo che vede quali protagonisti un soggetto passivo, la vittima, "il mobbizzato"³¹ e uno o più soggetti attivi, "il mobber"³², agenti all'interno di una comunità d'appartenenza allo scopo di eliminare una persona che è o è divenuta, in qualche modo, "scomoda", distruggendola psicologicamente e socialmente al fine di provocarne il licenziamento, la richiesta del prepensionamento per malattia professionale o di indurla alle dimissioni, senza che si crei un "caso sindacale".

Il mobbing costituisce quindi sostanzialmente uno stress causato da rapporti interpersonali anomali con superiori e/o altri compagni di lavoro durante l'attività lavorativa. I requisiti per potersi parlare di mobbing, invece

gine, anche di fronte a soggetti esterni all'impresa, ente o amministrazione (clienti, fornitori, consulenti), comunque attuati da superiori, pari grado, inferiori e datori di lavoro, per avere il carattere della violenza morale e delle persecuzioni psicologiche, devono mirare a discriminare, screditare o comunque danneggiare il lavoratore nella propria carriera, status, potere formale e informale, grado di influenza sugli altri. Alla stessa stregua vanno considerate la rimozione da incarichi, l'esclusione o immotivata marginalizzazione della normale comunicazione aziendale, la sottostima sistematica dei risultati, l'attribuzione di compiti molto al di sopra delle possibilità professionali o della condizione fisica e di salute".

³⁰ Def. *Danno biologico*: menomazione permanente e/o temporanea all'integrità psicofisica della persona, comprensiva degli aspetti personali dinamico-relazionali, passibile di accertamento e di valutazione medico legale ed indipendente da ogni riferimento alla capacità di produrre reddito; la lesione all'integrità psicofisica della persona, suscettibile di accertamento medico-legale.

³¹ Es. Sono stati individuati le seguenti categorie di *soggetti* più facilmente esposti al *rischio di vittimizzazione*: - chi, non riuscendo ad integrarsi nel tessuto produttivo, rimane isolato nelle relazioni con i colleghi; - chi presenta una qualche diversità che lo rende bizzarramente inconfondibile all'interno dell'ambiente circostante, "il capro espiatorio"; - chi ha successo nel lavoro, il "primo della classe", attirandosi perciò la gelosia e l'ostilità dei colleghi; - chi va a costituire l'elemento di novità all'interno di uno schema produttivo e relazionale preesistente (impiegato di recente assunzione o lavoratore già in organico che ha però assunto posizioni di livello diverso da quelle precedentemente ricoperte), ecc.

³² Es. Da diversi studi svolti sulle caratteristiche del *mobber*, sono emersi 14 possibili profili, tra cui - il frustrato, che scarica problemi privati sugli altri; - l'istigatore, sempre alla ricerca di nuove cattiverie; - il megalomane con una visione distorta di se stesso. Il profilo più pericoloso sarebbe il c.d. narcisista perverso, da considerarsi psicotico senza sintomi, che trova il proprio equilibrio scaricando su terzi il dolore che non è capace di sentire e le contraddizioni interne che rifiuta di prendere in considerazione. Questo transfert del dolore gli permetterebbe di valorizzarsi a spese dell'altro.

che di conflitti episodici³³, sono la frequenza degli atti vessatori (almeno una volta la settimana), la sua durata (per almeno sei mesi)³⁴, l'intensità e la generalità delle molestie³⁵.

Oltre a poter comportare un grave nocimento alla salute del lavoratore, non meno rilevante risulta essere il danno arrecato da questo fenomeno all'economia organizzativa dell'ente lavorativo a causa dei ritiri anticipati, dell'assenteismo e dei cali di produttività del personale coinvolto, in quanto disarmonia, attriti, demotivazione, demansionamento, dequalificazione e tutte le forme di deprezzamento della forza di lavoro, si ripercuotono, inevitabilmente, sulla produttività dell'azienda stessa.

Le conseguenze derivanti alla vittima possono talvolta portare fino all'invalidità psicologica, potendosi quindi parlare di malattia professionale, ragion per cui anche il sistema previdenziale subisce un danno dalla prematura uscita dal mondo del lavoro per mancato introito di contributi pensionistici ed assicurativi.

³³ N.B. La distinzione fra "conflitto" sul lavoro e "mobbing" non si fonda su "ciò" che viene inflitto e in "come" viene inflitto alla vittima, che nelle due situazioni possono anche essere la medesima, ma piuttosto su quante volte (frequenza) e per quanto tempo (durata).

³⁴ N.B. Sono state individuate 6 fasi del mobbing, comunque non ben distinte l'una dall'altra: - Prima fase: il "conflitto mirato", dove si addossano alla stessa persona le colpe per ritardi, errori, inconvenienti, che si verificano nel normale svolgimento dell'attività aziendale, sfruttando ogni minimo pretesto per attaccarla ed aggredirla. - Seconda fase: si "creano" i pretesti e le occasioni per isolare ulteriormente la vittima. - Terza fase: comparsa dei primi problemi psicosomatici nel mobbizzato, che si assenta dal lavoro per malattia, anche per lunghi periodi, con grave deprezzamento delle sue capacità e della propria immagine professionale e danni alla salute. Si attiva una reazione a catena per cui più una persona è debole, più si ammala e più viene isolata e "accantonata". Spesso circola la voce che le lunghe assenze sono una scusa per non lavorare. - Quarta fase: il caso del mobbizzato varca le soglie dell'ufficio di appartenenza e viene portato alla conoscenza dell'intera azienda diventando "il caso aziendale" al centro delle discussioni tra colleghi, delle dicerie ecc. che ne aumentano la portata e la gravità. - Quinta fase: il caso arriva sul tavolo della Direzione del personale che convoca ripetutamente la vittima con eventuali minacce di sanzioni disciplinari in caso di persistenza nel suo comportamento. - Sesta fase: è l'uscita dal mondo del lavoro per prepensionamento per malattia professionale (dovuta al mobbing), licenziamento (es. per il venir meno del rapporto fiduciario con il datore), dimissioni (per il clima insopportabile creato nei suoi confronti).

³⁵ N.B. Il mobbing può assumere molteplici forme: dalla semplice emarginazione alla diffusione di maldicenze, dalle continue critiche alla sistematica persecuzione, dall'assegnazione di compiti dequalificanti alla compromissione dell'immagine sociale nei confronti di clienti e superiori. Nei casi più gravi si può arrivare anche al sabotaggio del lavoro e ad azioni illegali. Alcuni studiosi hanno individuato così cinque categorie di attacchi mobbizzanti: attacchi ai contatti umani, - isolamento sistematico, - cambiamento della mansioni, - attacchi contro la reputazione, - violenza o minacce di violenza.

Per quanto riguarda la patologia eventualmente derivante da mobbing³⁶, non essendo tabellata (vedi malattie professionali), viene quindi richiesto che il lavoratore stesso provi il nesso causale tra menomazione della integrità psico-fisica e della sua efficienza (validità) e le vessazioni subite in ambito lavorativo³⁷, dando solitamente inizio ad una causa di lavoro contro l'INAIL (si avrà diritto all'indennizzo unicamente allorquando il danno biologico è pari o superiore al 6%). I disturbi psichici possono comunque essere considerati di origine professionale solo se sono causati, o concausa-

³⁶ N.B. I primi effetti, quasi inevitabili sulla salute, osservabili dopo un periodo variabile, sono a carico della sfera neuropsichica. Precoci sono le sintomatologie psicosomatiche (cefalea, gastroenteralgie, dolori osteoarticolari, mialgie, disturbi dell'equilibrio, difficoltà di digestione, eritemi, impotenza sessuale, infarto, ecc.), emozionali (disagio profondo, ansia, tensione, disturbi del sonno e/o incubi, dell'umore, disistima, disperazione, irritabilità, panico, paura di affrontare la giornata, perdita identità, spossatezza, vertigini, vuoti di memoria, ecc.) e comportamentali (anoressia, bulimia, potus, farmacodipendenza, pensieri autolesionistici e/o suicidi). Se lo stimolo esogeno avverso è duraturo, i sintomi descritti possono organizzarsi in due quadri sindromici principali: il *disturbo dell'adattamento* (associato a disturbi di tipo depressivo, ansioso e somatoforme nei 2/3 dei casi) e il *disturbo post-traumatico da stress*, con una frequenza del primo nettamente maggiore rispetto al secondo. I sintomi, se non adeguatamente diagnosticati e curati, si possono cronicizzare e diventare malattie derivate (psicosomatiche e fisiche). Altre fonti elencano fra le forme nosografiche di più frequente osservazione il disturbo: psicotico breve, depressivo maggiore, distimico, post-traumatico da stress e da somatizzazione.

³⁷ N.B. La diagnosi delle situazioni lavorative di mobbing e delle malattie mobbing-correlate è particolarmente critica in quanto: la fonte precipua d'informazione è spesso rappresentata unicamente dalla raccolta anamnestica diretta, dove la vittima descrive ovviamente comportamenti dalla stessa vissuti come lesivi. Isolamento, canzonatura e atteggiamenti non verbali di emarginazione sono difficili da provare oggettivamente, da cui il frequente sospettato di essere persona dedita a creare deliberatamente una conflittualità inesistente o ad interpretare in senso paranoico comportamenti del tutto normali dei propri interlocutori. Inoltre si può mettere in dubbio una indebita richiesta risarcitoria. - La possibilità di verifica di questi dati è inoltre scarsa in quanto solitamente la collaborazione dell'ambiente di lavoro è carente, ammettendo raramente i presunti "mobber" una vera motivazione ed intenzione estromissiva e lesiva. Per quanto riguarda l'accertamento si può citare quanto previsto dal Disegno di legge del 2 novembre 1999, "*Disposizioni a tutela dei lavoratori e delle lavoratrici dalla violenza psicologica*", art. 2 comma 3, "il danno di natura psichica o fisica /.../ rileva ai fini del risarcimento quando comporta la menomazione della capacità lavorativa, ovvero pregiudica l'autostima del lavoratore, ovvero si traduce in forma depressiva attraverso atteggiamenti apatici, aggressivi, di isolamento e di demotivazione". /.../ art. 6 (*Accertamento dei fatti persecutori*), comma 2: "l'accertamento clinico del fatto è effettuato da consulenti e psicologi esterni, attraverso colloqui individuali, incontri di gruppo, sottoposizione di test e di sostanze reattive, in grado di diversificare se si tratti: a) di vere e proprie forme di maltrattamento, vessazione, discriminazione e persecuzione in ambito lavorativo, b) di fenomeni di collusione psicologica tra vissuti propri del soggetto, legati al ciclo di vita o alla sua struttura di personalità".

ti in modo prevalente, da specifiche e particolari condizioni dell'attività e della organizzazione del lavoro³⁸.

Se la vittima³⁹ non fa richiesta all'INAIL, potrebbe, in alternativa, chiedere il risarcimento per il danno subito al datore di lavoro⁴⁰, in quanto quest'ultimo è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa ogni misura necessaria a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro (art. 2087 c.c.⁴¹).

³⁸ N.B. La questione se il mobbing debba o meno essere inserito fra le "malattie professionali non tabellate" ha visto diverse fasi. Secondo quanto contenuto nella Circolare del 17 dicembre 2003, n°71, "*Disturbi psichici da costrittività organizzativa sul lavoro. Rischio tutelato e diagnosi di malattia. Modalità di trattazione delle pratiche*", si poteva parlare di "malattia" esclusivamente se esisteva una situazione di incongruenza delle scelte in ambito organizzativo, situazione definibile con l'espressione "costrittività organizzativa". Secondo una recente sentenza del Consiglio di Stato (n°1576 del marzo 2009) possono essere riconosciute come "non tabellate" solo quelle patologie causate dal rischio specifico delle lavorazioni indicate negli artt. 1 e 4 del decreto n°1124 del 30 giugno 1965 (T.U. delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali). Tale sentenza potrebbe portare a nuove discussioni e a future incertezze interpretative, in quanto più restrittiva rispetto a quanto stabilito dalla Suprema Corte, che nel corso degli ultimi anni, ha progressivamente allargato il concetto di "occasione di lavoro e nesso di causalità", riconducendo questo rapporto non solo ai rischi specifici di alcune lavorazioni, ma a tutti i rischi del lavoro considerato in sé e per sé.

³⁹ N.B. In ambito penale si potrebbe far riferimento a: art. 572 c.p. (*Maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli*): "Chiunque /.../ maltratta /.../ una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata /.../ per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da 1 a 5 anni. Se dal fatto deriva una lesione personale grave, si applica la reclusione da 4 a 8 anni; se ne deriva una lesione gravissima, la reclusione da 7 a 15 anni; se ne deriva la morte, la reclusione da 12 a 20 anni." - N.B. Ottenere comunque una condanna penale per "Maltrattamento" nelle grandi aziende risulta essere molto difficoltoso, specie dopo una recente sentenza della Cassazione (n°26594, 27 giugno 2009) che pronunciava l'assoluzione dal reato di "maltrattamento in famiglia" nel confronti di un capoufficio che tormentava una dipendente. - Eventuale altra ipotesi di reato potrebbe essere l'art. 582 c.p. (*Lesione personale*) "Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da 3 mesi a 3 anni /.../".

⁴⁰ 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". - N.B. Il 27 marzo 2009, la Corte di Appello di Firenze ha stabilito che ha diritto al danno patrimoniale da perdita di chance il dipendente pubblico che viene mobbizzato mediante isolamento e il conferimento di un incarico non in linea con il suo bagaglio professionale con conseguente svilimento del suo ruolo lavorativo. Non ha invece diritto al danno esistenziale e non patrimoniale a meno che non provi che la "sua agenda di vita", intesa come la vita extra-lavorativa e familiare, abbia subito seri pregiudizi (diritti costituzionalmente garantiti).

⁴¹ art. 2087 c.c. (*Tutela delle condizioni di lavoro*): "L'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei pretori di lavoro".

2.3.1. Rilevanza clinica e medico-legale

La diagnosi di disturbi psichici e/o psico-somatici necessita di competenze multidisciplinari (sociologiche, psicologiche, mediche e medico-legali⁴²) e si fonda sull'individuazione di un profilo funzionale in riferimento all'efficienza del soggetto vittima di mobbing. Così i disturbi lamentati vengono analizzati nelle loro ripercussioni sull'attività della vita quotidiana, sui rapporti sociali, sulla capacità di concentrazione e sulla capacità di adattamento, potendo così inserire il soggetto in una delle seguenti classi di gravità: - classe I (*assenza di invalidità*): nessuna limitazione apprezzabile; - classe II (*invalidità lieve*): disturbo mentale è compatibile con lo svolgimento, in modo utile, della maggior parte delle funzioni; - classe III (*invalidità moderata*): il disturbo mentale è compatibile con lo svolgimento di alcune delle funzioni considerate; - classe IV (*invalidità grave*): il disturbo mentale impedisce significativamente la maggior parte delle funzioni considerate; - classe V (*invalidità gravissima*): il disturbo mentale impedisce di svolgere in modo utile tutte le funzioni considerate.

2.4. Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS)

di Marco Chiaravalli

2.4.1. Cenni storici

In Italia, il sistema della previdenza sociale⁴³ è stato istituito nel 1898⁴⁴ con la costituzione della Cassa Nazionale delle Assicurazioni Sociali (CNAS), competente in materia di previdenza per l'invalidità e la vecchiaia

⁴² N.B. Per evitare di cadere in false diagnosi è necessaria una specifica preparazione alla conduzione di colloqui psicologico-psichiatrici mirati, impiegare strumenti di rivelazione della situazione mobbing validi e sensibili, usare metodi psicodiagnostica validi e sensibili ed effettuare una diagnosi sindromica.

⁴³ N.B. La previdenza sociale è un ramo della legislazione sociale che ha come fine la tutela del lavoratore dai rischi della menomazione o della perdita della capacità lavorativa in conseguenza di eventi predeterminati (naturali o connessi al lavoro prestato). Attualmente, il sistema previdenziale italiano è affidato a tre enti previdenziali: - l'INAIL (Istituto Nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro), deputato alla tutela degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali; - l'INPS (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale), deputato alla gestione dei regimi pensionistici e delle prestazioni ai dipendenti privati; - l'INPDAP (Istituto Nazionale di Previdenza per i Dipendenti dell'Amministrazione Pubblica), deputato alla gestione dei regimi pensionistici e delle prestazioni ai dipendenti pubblici.

⁴⁴ Legge 17 luglio 1898, n°350, "Cassa nazionale di previdenza per l'invalidità e la vecchiaia degli operai".

degli operai. Si trattava di una forma di assicurazione volontaria, finanziata dai contributi pagati dai dipendenti ed integrata sia mediante sussidi dall'intervento statale sia da versamenti volontari dei datori di lavoro.

Nel 1919 l'assicurazione per l'invalidità e la vecchiaia divenne obbligatoria. Dopo la costituzione della CNAS, successivi interventi del legislatore hanno ampliato le funzioni e i compiti dell'Istituto, il quale, nel 1943, ha assunto la denominazione attuale.

Nel 1968 all'Istituto è stata affidata la gestione della Pensione Sociale e della Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (CIGS) e, nel 1980, anche il compito di riscuotere i contributi di malattia e corrispondere ai lavoratori dipendenti la relativa indennità.

Nel 1989, con l'entrata in vigore della Legge 9 marzo 1989, n°88⁴⁵, il legislatore ha significativamente ristrutturato l'Istituto, qualificandolo come "Ente Pubblico erogatore di Servizi", introducendo l'obbligatorietà per l'Ente di operare osservando criteri di economicità e di imprenditorialità e separando finanziariamente l'assistenza dalla previdenza.

Oggi l'INPS costituisce un Ente di diritto pubblico dotato di personalità giuridica, attivo su tutto il territorio nazionale.

2.4.2. Le attività dell'INPS

Le attività dell'Istituto si dividono in attività previdenziali, attività finalizzate alla corresponsione di prestazioni a sostegno del reddito e attività complementari.

2.4.2.1. L'attività previdenziale

La principale attività dell'INPS è quella contributiva (riscossione dei contributi) e di conseguenza previdenziale, cioè liquidazione e pagamento delle pensioni e prestazioni previdenziali ed assistenziali.

Le prestazioni di natura previdenziale traggono il loro fondamento da un rapporto assicurativo obbligatorio, e sono quindi finanziate con i contributi dei lavoratori dipendenti, calcolati in misura percentuale sulla retribuzione.

L'INPS si occupa della liquidazione delle seguenti pensioni previdenziali:
a) *Pensione di vecchiaia*

⁴⁵ Legge 9 marzo 1989, n°88, "Ristrutturazione dell'Istituto nazionale della previdenza sociale e dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro."

La pensione di vecchiaia è quel particolare tipo di prestazione pensionistica che si può ottenere dopo aver compiuto l'età pensionabile.

I requisiti necessari per ottenere la prestazione sono tre: - l'aver raggiunto l'età prevista dalla legge (criterio anagrafico); - l'aver versato la contribuzione minima per un numero sufficiente di anni; - la cessazione del rapporto di lavoro.

Il sistema di calcolo della pensione varia a seconda dell'anzianità contributiva maturata entro il 31 dicembre 1995, secondo il seguente schema:

- sistema *contributivo* (sistema di calcolo legato alla totalità dei contributi versati nella vita lavorativa), attualmente vigente, per coloro che hanno versato il primo contributo dopo il 31 dicembre 1995. Secondo il sistema contributivo, l'età pensionabile varia da cinquantasette a sessantacinque anni e sono richiesti almeno 5 anni di contributi regolarmente versati;

- sistema *retributivo* (sistema di calcolo legato alle retribuzioni degli ultimi anni di attività lavorativa), per coloro che al 31 dicembre 1995 avevano un'anzianità contributiva pari o superiore a 18 anni. Secondo il sistema retributivo, l'età pensionabile è di sessanta anni per le donne e di sessantacinque anni per gli uomini e sono richiesti almeno 20 anni di contributi regolarmente versati;

- sistema *misto* (retributivo e contributivo), per coloro che al 31 dicembre 1995 avevano un'anzianità contributiva inferiore ai 18 anni. Tale sistema, secondo il dettato della Legge n°335 del 1995, è destinato a scomparire.

b) *Pensione di anzianità*

La pensione di anzianità è la prestazione pensionistica che si può ottenere prima di aver compiuto l'età pensionabile, ma al raggiungimento dell'anzianità contributiva prevista dalla legge.

Dal 1 luglio 2009 entra in vigore il cosiddetto "*sistema delle quote*", in base al quale si consegue il diritto alla pensione al raggiungimento di una quota data dalla somma tra età anagrafica e contribuzione (almeno 35 anni di contributi).

Si può andare in pensione a prescindere dall'età, se si possiede un'anzianità contributiva di almeno 40 anni. Rientrano nel calcolo della contribuzione anche le indennità per malattia o disoccupazione. Anche nel caso della pensione di anzianità è necessaria la cessazione del rapporto di lavoro.

Requisito contributivo minimo di almeno 35 anni				
Periodo	Lavoratori dipendenti		Lavoratori autonomi	
	Somma età e anzianità	Età anagrafica minima	Somma età e anzianità	Età anagrafica minima
01/07/2009 - 31/12/2010	95	59	96	60
01/01/2011 - 31/12/2012	96	60	97	61
Dal 01/01/2013	97	61	98	62

c) *Pensione di reversibilità ai superstiti del lavoratore*

È la pensione che, alla morte del lavoratore assicurato o pensionato, viene pagata ai superstiti aventi diritto.

Esistono due forme di pensione di reversibilità, quella propriamente detta, nel caso la persona deceduta era già pensionata, e quella denominata pensione indiretta, nel caso la persona deceduta non era ancora pensionata, ma aveva comunque versato almeno 15 anni di contributi oppure se era assicurato da almeno 5 anni, di cui almeno 3 versati nel quinquennio precedente la data della morte.

La pensione di reversibilità ai superstiti del lavoratore può essere concessa: al coniuge, anche se separato o divorziato, che non si sia risposato; ai figli (legittimi, legittimati, adottivi, naturali, riconosciuti legalmente o giudizialmente dichiarati, nati da precedente matrimonio dell'altro coniuge) che alla data della morte del genitore siano minori, studenti o inabili e a suo carico.

d) *Assegno ordinario di invalidità*

L'assegno ordinario di invalidità, istituito con la Legge 12 giugno 1984 n°222, all'articolo 1⁴⁶, è un assegno che spetta ai lavoratori dipendenti ed autonomi affetti da un'infermità fisica o mentale. Può essere concesso al verificarsi di due condizioni: - deve essere dimostrata una infermità fisica o mentale, accertata dal medico legale dell'INPS, che provochi una riduzione permanente della capacità di lavoro a meno di un terzo, in occupazioni confacenti alle attitudini⁴⁷ del lavoratore; - il lavoratore deve avere un'anzianità

⁴⁶ Legge 12 giugno 1984, n°222, "Revisione della disciplina dell'invalidità pensionabile", art. 1 (*Assegno ordinario di invalidità*): "Si considera invalido, ai fini del conseguimento del diritto all'assegno nell'assicurazione obbligatoria per l'invalidità, la vecchiaia ed i superstiti dei lavoratori dipendenti ed autonomi gestita dall'INPS, l'assicurato la cui capacità di lavoro, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, sia ridotta in modo permanente a causa di infermità o difetto fisico o mentale a meno di un terzo."

⁴⁷ Def. Si considerano *attività confacenti* alle attitudini dell'assicurato tutte quelle occupazioni (anche diverse da quella esercitata abitualmente prima del sopraggiungere della/e patologia/e invalidante/i) che si possano dimostrare come realmente adeguate alla personalità del lavoratore, alla sua preparazione, alla competenza tecnica acquisita, ai suoi interessi,

contributiva di almeno cinque anni, di cui almeno tre versati nei cinque anni precedenti la domanda di pensione.

L'assegno ordinario di invalidità non è una concessione pensionistica definitiva: vale infatti fino ad un massimo di tre anni ed è rinnovabile su domanda del beneficiario, che deve sottoporsi ad una nuova visita medico-legale. Dopo due conferme consecutive l'assegno diventa definitivo.

L'assegno ordinario di invalidità può essere concesso anche se si continua a lavorare (in questo caso il lavoratore può essere sottoposto annualmente a visita medico-legale). Al compimento dell'età pensionabile l'assegno viene trasformato, in presenza dei requisiti contributivi, in pensione di vecchiaia.

I periodi di godimento dell'assegno durante i quali il lavoratore non abbia svolto l'attività lavorativa, devono essere considerati utili ai fini del perfezionamento dei requisiti di contribuzione: ciò significa che i periodi in questione devono essere considerati come periodi di contribuzione in sede di accertamento del diritto alla pensione di vecchiaia. Si tratta di prestazione economica non reversibile ai superstiti.

e) *Pensione di inabilità*

La pensione ordinaria di invalidità, istituita con la Legge 12 giugno 1984, n°222, all'articolo 2⁴⁸, è un trattamento pensionistico che spetta ai lavoratori dipendenti ed autonomi affetti da un'infermità fisica o mentale.

Può essere concesso al verificarsi di due condizioni: - deve essere dimostrata una infermità fisica o psichica, accertata dal medico legale dell'INPS, che provochi una totale e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa; - il lavoratore deve avere un'anzianità contributiva di almeno cinque anni, di cui almeno tre versati nei cinque anni precedenti la domanda di pensione.

La pensione di inabilità è incompatibile con lo svolgimento di qualsiasi attività lavorativa, ma è reversibile ai superstiti dell'assicurato, nei casi previsti dalla legge.

f) *Assegno Sociale*

L'assegno sociale viene concesso agli anziani (italiani, comunitari, extracomunitari titolari di permesso di soggiorno, rifugiati politici titolari di titolo di soggiorno, apolidi titolari di titoli di soggiorno) ultrasessantacin-

alla sua età e sesso. Deve comunque trattarsi di attività che consentano all'assicurato di impiegare in maniera abituale e continuativa e con profitto le capacità lavorative residue senza sforzo o fatica eccessivi, senza declassamento rispetto alla precedente condizione lavorativa.

⁴⁸ Legge 222/84, art. 2 (*Pensione ordinaria di invalidità*): "Si considera inabile, ai fini del conseguimento del diritto a pensione nell'assicurazione obbligatoria per l'invalidità, la vecchiaia ed i superstiti dei lavoratori dipendenti ed autonomi gestita dall'INPS, l'assicurato o il titolare di assegno di invalidità con decorrenza successiva alla data di entrata in vigore della presente legge, il quale, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, si trovi nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa."

quenni, residenti effettivamente ed abitualmente in Italia, che abbiano soggiornato legalmente, in via continuativa, per almeno dieci anni sul territorio nazionale e che siano privi di altra forma di reddito o il cui reddito sia inferiore a quello stabilito dalla legge.

2.4.2.2. La gestione delle prestazioni a sostegno del reddito

L'Istituto si occupa anche di corrispondere tutte le prestazioni a sostegno del reddito, fra le quali si possono ricordare: - il trattamento di disoccupazione ordinaria, a requisiti ridotti, speciale per l'edilizia, speciale per l'agricoltura, ordinaria agli apprendisti sospesi o licenziati, ordinaria con requisiti normali a lavoratori sospesi, ordinaria con requisiti ridotti per lavoratori sospesi; - l'indennità di malattia⁴⁹; - l'indennità di maternità⁵⁰ (per approfondimenti vedi capitolo Tutela materno-infantile); - l'assegno per il nucleo familiare⁵¹; - la disabilità, permessi e congedo parentale; - la cassa integrazione ordinaria e straordinaria⁵²; - interventi del fondo di garanzia delle retribuzioni; - interventi del fondo di garanzia del TFR (trattamento di fine rapporto); - interventi per la TBC; - interventi per le cure balneo termali; - interventi per la mobilità; - interventi per Legge 5 febbraio 1992, n°104⁵³; - dichiarazione ISEE (Indicatore della situazione economica equivalente)⁵⁴.

⁴⁹ Def. Si definisce *indennità di malattia* la somma che viene pagata, in sostituzione della retribuzione, ai lavoratori che si ammalano. Può essere concessa per un periodo massimo di 180 giorni. I primi tre giorni sono, di regola, a carico del datore di lavoro, mentre dal quarto giorno di assenza è l'INPS a provvedere al pagamento. È prevista la possibilità di sottoporre a visita medica di controllo (la così detta visita fiscale) il lavoratore durante il periodo di malattia da parte di medici iscritti alle liste dell'INPS o dai medici delle ASL tutti i giorni, compresi i festivi e le domeniche, dalle ore 10 alle ore 12 e dalle ore 17 alle ore 19.

⁵⁰ N.B. La legge tutela la donna durante la maternità e garantisce il diritto del bambino ad un'adeguata assistenza. La madre lavoratrice ha diritto ad assentarsi dal lavoro nei due mesi precedenti la data presunta del parto e nei tre mesi successivi alla data effettiva del parto ("astensione obbligatoria"). Durante questo periodo è previsto il pagamento di un'indennità sostitutiva della retribuzione. È prevista la possibilità per la lavoratrice (con produzione di certificazione medica specialistica) di ritardare di un mese l'assenza dal lavoro prima della data presunta del parto, usufruendo della "flessibilità" e prolungando così a quattro mesi il periodo di congedo dopo il parto.

⁵¹ N.B. È una prestazione a sostegno delle famiglie con redditi inferiori a determinati limiti, stabiliti ogni anno dalla legge.

⁵² N.B. Si tratta di un intervento a sostegno delle imprese in difficoltà che garantisce al lavoratore un reddito sostitutivo della retribuzione.

⁵³ Legge 5 febbraio 1992, n°104, "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" (Vedi capitolo "La tutela del portatore di handicap")

⁵⁴ Def. L'ISEE (Indicatore della situazione economica equivalente) è uno strumento che permette di misurare la condizione economica delle famiglie, tenendo conto di reddito, patri-

2.4.2.3. Attività complementari

L'INPS svolge infine un ruolo nel processo di riconoscimento dei benefici in materia di Invalidità Civile (per approfondimenti capitolo "invalidità civile").

Con l'entrata in vigore del decreto legge 1 luglio 2009, n°78⁵⁵, convertito con modificazioni nella legge 3 agosto 2009, n°102⁵⁶, articolo 20, il legi-

monio (mobiliare e immobiliare) e delle caratteristiche di un nucleo familiare (per numerosità e tipologia).

⁵⁵ Decreto legge 1 luglio 2009, n°78, "Provvedimenti anticrisi, nonché proroga di termini e della partecipazione italiana a missioni internazionali".

⁵⁶ Legge 3 agosto 2009, n°102, "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, recante provvedimenti anticrisi, nonché proroga di termini e della partecipazione italiana a missioni internazionali", art. 20 (*Contrasto alle frodi in materia di invalidità civile*): "1. A decorrere dal 1° gennaio 2010 ai fini degli accertamenti sanitari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità le Commissioni mediche delle Aziende sanitarie locali sono integrate da un medico dell'INPS quale componente effettivo. In ogni caso l'accertamento definitivo è effettuato dall'INPS. Ai fini dell'attuazione del presente articolo l'INPS medesimo si avvale delle proprie risorse umane, finanziarie e strumentali, anche attraverso una razionalizzazione delle stesse, come integrate ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 marzo 2007, /.../ concernente il trasferimento delle competenze residue dal Ministero dell'economia e delle finanze all'INPS. - 2. L'INPS accerta altresì la permanenza dei requisiti sanitari nei confronti dei titolari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità. In caso di comprovata insussistenza dei prescritti requisiti sanitari, si applica l'art. 5, comma 5 del Regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 21 settembre 1994, n°698. - 3. A decorrere dal 1. gennaio 2010 le domande volte ad ottenere i benefici in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, complete della certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti, sono presentate all'INPS, secondo modalità stabilite dall'ente medesimo. L'Istituto trasmette, in tempo reale e in via telematica, le domande alle Aziende Sanitarie Locali. - 4. Con accordo quadro tra il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da concludere entro e non oltre novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono disciplinate le modalità attraverso le quali sono affidate all'INPS le attività relative all'esercizio delle funzioni concessorie nei procedimenti di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità. Nei sessanta giorni successivi, le regioni stipulano con l'INPS apposita convenzione che regola gli aspetti tecnico-procedurali dei flussi informativi necessari per la gestione del procedimento per l'erogazione dei trattamenti connessi allo stato di invalidità civile. /.../ 5-bis. Dopo il comma 6 dell'art. 10 del decreto-legge 30 settembre 2005, n°203, convertito, con modificazioni, dalla legge 2 dicembre 2005, n°248, come modificato dal comma 5 del presente articolo, è inserito il seguente 6-bis: "6-bis: Nei procedimenti giurisdizionali civili relativi a prestazioni sanitarie previdenziali ed assistenziali, nel caso in cui il giudice nomini un consulente tecnico d'ufficio, alle indagini assiste un medico legale dell'ente, su richiesta, formulata, a pena di nullità, del consulente nominato dal giudice, il quale provvede ad inviare apposita comunicazione al direttore della sede provinciale dell'INPS competente. Al predetto componente competono le facoltà indicate nel secondo

slatore ha introdotto importanti innovazioni nel processo di riconoscimento dei benefici in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, con l'obiettivo di realizzare una gestione coordinata delle fasi amministrative e sanitarie finalizzata ad una generale contrazione dei tempi erogazione delle prestazioni.

A partire dall'1 gennaio 2010 le domande per ottenere benefici in materia di invalidità, cecità e sordità civile, handicap e disabilità, complete della certificazione medica che attesta la natura delle infermità invalidanti, sono presentate all'INPS (non più alle ASL) per via telematica, accedendo al sito internet dell'Istituto.

Il cittadino che intende presentare domanda per il riconoscimento di una infermità invalidante in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità deve osservare il seguente iter: - 1) recarsi da un medico abilitato⁵⁷ alla compilazione on line del certificato medico introduttivo, dal quale devono risultare la/e patologia/e invalidante/i; - 2) presentare per via telematica all'INPS, direttamente o tramite l'intermediazione di un Patronato o di una Associazioni di categoria (ANMIC, ENS, UIC, ANFASS), la domanda di riconoscimento dei benefici; il sistema informatico comunica al cittadino la data, l'ora e la sede in cui verrà sottoposto a visita medica; - 3) effettuare la visita medica di accertamento presso la Commissione ASL per l'accertamento degli stati di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità.

Con l'entrata in vigore della legge 3 agosto 2009, n°102, le Commissioni ASL sono integrate da un medico INPS, in qualità di componente effettivo.

comma dell'art. 194 c.p.c. Nell'ipotesi di sentenze di condanna relative a ricorsi depositati a far data dal 1 aprile 2007 a carico del Ministero dell'Economia e delle Finanze o del medesimo in solido con l'INPS, all'onere delle spese legali, di consulenza tecnica o del beneficio assistenziale provvede comunque l'INPS." - 6. Entro trenta giorni dall'entrata in vigore delle presenti disposizioni, è nominata dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze una Commissione con il compito di aggiornare le tabelle indicative delle percentuali dell'invalidità civile, già approvate con decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992, /.../ e successive modificazioni /.../”

⁵⁷ N.B. L'elenco dei medici certificatori abilitati al rilascio della certificazione è reperibile sul sito internet dell'INPS.

Parte quinta

Il termine della vita

1. Elementi di tanatologia forense

di *Davide Torri*

La *tanatologia* studia il fenomeno della morte e le conseguenti modificazioni cui va incontro il corpo umano ormai cadavere¹. In ambito *forense* queste indagini hanno quale scopo quello di portare alla risoluzione di questioni connesse all'evento morte, siano esse di interesse giudiziario, amministrativo o professionale.

“La tanatologia forense studia il fenomeno della morte e le modificazioni cui va incontro il corpo dell'uomo divenuto cadavere, allo scopo di risolvere le questioni giudiziarie, amministrative e professionali che sono connesse all'avvenimento stesso della morte” (Puccini, 2003).

Ambiti propri della tanatologia sono pertanto, principalmente:

- La *tanatodiagnosi*, ovvero la diagnosi di morte (per approfondimenti vedi capitolo al riguardo).
- La *tanatocronologia*, che si occupa della determinazione del momento nel quale è avvenuto il decesso.

Oggetto d'interesse primario della tanatologia non è, quindi, l'individuazione delle cause della morte.

La rilevanza della tanatologia deriva, in prima istanza, dalle implicazioni che il fenomeno “morte” presenta in ambito sia giuridico sia clinico. Occorre, infatti, ricordare anzitutto che in concomitanza con il decesso si realizzano sia l'estinzione della persona fisica sia la perdita della capacità giuridica, che hanno significative conseguenze in ambito civilistico². Ancora, è evidente come la discussione, sempre più frequente ed approfondita, su te-

¹ N.B. La tanatologia non indaga circa le cause della morte, compito che spetta o all'anatomia patologica (attraverso il riscontro diagnostico) o alla medicina legale (eseguendo l'autopsia giudiziaria), seppure a volte l'esame dei fenomeni cadaverici può fornire indicazioni al riguardo (es. colore delle ipostasi, vedi capitolo al riguardo).

² N.B. Si pensi alle problematiche legate a condizioni di “*commorienza*” (due o più persone cessano di vivere nello stesso momento) o “*premorienza*” (è possibile dimostrare che la morte di un soggetto è stata precedente a quella di un altro) in riferimento alle successioni ereditarie.

matiche quali i protocolli di rianimazione ed il prelievo di organi da cadavere a scopo di trapianto non possa prescindere da una corretta conoscenza degli aspetti medicolegali del fenomeno “morte”³.

1. Tanatocronologia: i fenomeni cadaverici

Dopo la morte prendono avvio una serie di processi che progressivamente concorrono a determinare molteplici modificazioni a carico del cadavere. Tali mutamenti risultano, peraltro, estremamente complessi e polimorfi, giacché non soltanto non si ha, con la cessazione dell’attività cardiaca, morte immediata e concomitante di tutte le cellule dell’organismo, ma altresì assai discostantisi tra loro sono i cambiamenti che intervengono, successivamente alla morte, nei differenti tessuti.

I fenomeni cadaverici possono tuttora essere inquadrati secondo una classificazione che, nella sostanza, rispetta la classica suddivisione del Borri.

Daremo di seguito breve descrizione soltanto di alcuni tra i fenomeni cadaverici a titolo meramente esemplificativo dell’importanza che la loro valutazione riveste ai fini dell’esame tanatologico.

1.1. Fenomeni abiotici immediati

Costituiscono, nel loro insieme, le prime manifestazioni esteriori della morte (*Puccini*): così in primis vi è la cessazione definitiva delle *funzioni respiratoria, cardiocircolatoria e nervosa* (il cosiddetto Tripode vitale del Bichat), da cui la perdita della coscienza, della sensibilità, della motilità e del tono muscolare.

1.2. Fenomeni abiotici consecutivi

L’instaurarsi dei processi abiotici consecutivi dà la certezza della morte, giacché comparsa ed evoluzione degli stessi conseguono alla cessazione delle funzioni vitali (*Bertol, et al., 2010*).

³ Def. L’art. 1 della legge 29 dicembre 1993, n°578, “*Norme per l’accertamento e la certificazione di morte*”, recita: “la morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell’encefalo”.

Sono compresi in questo raggruppamento numerosi fenomeni, a vario titolo ed in differente misura utili, in ragione dell'andamento cronologico secondo il quale generalmente s'estrinsecano, in ordine alla determinazione dell'epoca della morte.

Tratteremo in questa sede quelli di più immediato apprezzamento e di maggiore interesse ai fini medicolegali⁴.

a. Raffreddamento (*algor mortis*)

Con la morte vengono meno i processi di termoregolazione, che consentono al vivente di mantenere la temperatura corporea interna a valori vicini ai 37° C. Il cadavere continua, pertanto, a perdere calore sino a raggiungere l'equilibrio termico con l'ambiente nel quale si trova.

L'andamento di detto decremento termico è oltremodo complesso, essendo influenzato da molteplici variabili interessanti sia il cadavere (= fattori intrinseci: causa della morte;; rapporto tra superficie e massa corporea; ecc.) sia l'ambiente entro il quale esso si trova (= fattori estrinseci: presenza o assenza d'indumenti più o meno isolanti; temperatura ambientale; esposizione al sole; umidità; ecc.).

Nondimeno, operando una schematizzazione estrema, si può individuare il seguente andamento generale:

- Fase di *decremento lento*: nelle *prime 3-4 ore* dal decesso la temperatura decresce di circa $\frac{1}{2}$ grado l'ora, poiché i fenomeni di vita residua continuano a produrre una certa quota di calore.

- Fase di *decremento rapido*: durante le *successive 8-10 ore* (secondo altri 6-8 ore) la temperatura cala di circa *1 grado l'ora*.

- Ulteriore fase di *decremento lento*: lungo le *successive 12 e più ore* la discesa di temperatura si attenua progressivamente, abbassandosi dapprima di $\frac{3}{4}$ di grado l'ora, poi di $\frac{1}{2}$ di grado l'ora, quindi di $\frac{1}{3}$ di grado l'ora, così decrescendo sino al raggiungimento della temperatura ambiente, che avviene tra le diciotto e le ventiquattro ore dal decesso.

b. Rigidità cadaverica (*rigor mortis*)

Dopo la morte si assiste ad un'iniziale fase di *flaccidità*, determinata dalla perdita di tono vitale della muscolatura.

A questa fa seguito una successiva fase d'*irrigidimento* (*rigor mortis*), causato da un processo di gelificazione post-mortale dei filamenti di actina e miosina a formare l'actomiosina, insolubile, determinandosi secondo tale meccanismo una retrazione delle miofibrille a dare una forma particolare di contrazione muscolare. La rigidità cadaverica si risolve allorché i processi

⁴ N.B. Consultando diversi testi a riguardo, si possono a volte trovare lievi differenze per quanto riguarda la definizione delle ore di comparsa dei diversi fenomeni.

autolitici – ed eventualmente l’iniziale putrefazione – causano il distacco dell’actina dalla miosina.

L’insorgenza e la risoluzione del *rigor mortis* non si realizzano simultaneamente in tutti i distretti corporei, ma seguono un andamento grossolanamente cranio-caudale descritto dalla cosiddetta “Legge di Nysten”: questi osservò come la rigidità interessasse dapprima le palpebre, successivamente estendendosi alla muscolatura del capo e del collo, degli arti superiori, del tronco, dell’addome ed infine degli arti inferiori.

Come per il raffreddamento, anche l’andamento della rigidità cadaverica può essere influenzato da numerosi fattori. A titolo d’esempio: è più lento nei climi freddi, umidi, poco ventilati e più rapido in quelli caldi, secchi, ventilati; compare prima nei soggetti gracili e più tardivamente, ma più intensamente, in quelli muscolosi.

L’insorgenza e scomparsa della rigidità cadaverica può sinteticamente essere descritta, a scopo esplicativo, come segue:

- Fase di *insorgenza*: l’interessamento dei muscoli del volto è evidente già 2-3 ore dopo la morte. Il *rigor* si estende quindi secondo l’andamento cranio-caudale descritto completandosi tra le 12 e le 24 ore dal decesso.

- Fase di *stabilizzazione*: la rigidità cadaverica si mantiene quindi costante sino a circa 36-48 ore dalla morte.

- Fase di *risoluzione*: seguendo lo stesso andamento cranio-caudale di comparsa, la rigidità inizia a risolversi, realizzandosi il ritorno completo allo stato di flaccidità intorno al terzo - quarto giorno dalla morte.

Se la rigidità articolare viene forzata, i ponti acto-miosinici rotti non saranno più in grado di riformarsi; il *rigor* potrà nuovamente insorgere grazie alla successiva gelificazione delle fibre non ancora interessate, al momento della rottura, da tale processo. Pertanto, è possibile la ricostituzione della rigidità dopo rottura meccanica soltanto finché una quota rilevante di fibre muscolari non è ancora andata incontro ad irrigidimento, cioè approssimativamente entro le 12-14 ore dal decesso.

c. *Ipostasi (livor mortis)*

Venuta meno la funzione circolatoria, il sangue si raccoglie nelle porzioni declivi del cadavere, andando a riempire i vasi del derma. Questi, dilatandosi passivamente, determinano la comparsa nella cute di tali sedi di una colorazione rosso vinosa (rosso violaceo), che contrasta con l’aspetto pallido (colorito grigio-cereo) assunto dalle parti più elevate del cadavere, dalle quali il sangue è refluito per gravità.

Le macchie ipostatiche così formatesi possono fornire indicazioni sulla *posizione* del corpo dopo la morte: così, ad esempio, nella giacitura supina troveremo lividure ipostatiche estese alla nuca, al dorso ed alle facce posteriori degli arti, mentre in quella prona esse si posizioneranno alle regioni

ventrali del corpo. Si osserva in genere, caratteristicamente, un risparmio delle superfici sulle quali appoggia il peso del cadavere, che spiccano pallide nel contesto delle macchie ipostatiche circostanti.

La valutazione delle ipostasi può altresì contribuire, unitamente ad altri rilievi, alla determinazione dell'*epoca della morte*.

La formazione delle macchie ipostatiche riconosce, infatti, in relazione alla cronologia della comparsa, due diversi meccanismi: il già descritto riempimento dei vasi, possibile sino a *8-12 ore* dal decesso, è responsabile della produzione delle ipostasi *da replezione* (ipostasi di primo stadio: migrabilità assoluta e parziale); a partire da circa *15 ore* dalla morte si sovrappone, a tale dinamica, la filtrazione dell'emoglobina attraverso le pareti vasali e la sua diffusione ai tessuti (ipostasi *da diffusione*, o ipostasi di secondo stadio: fissità assoluta), che ne risultano colorati indelebilmente.

L'estrinsecarsi dei meccanismi produttivi descritti rende ragione dell'andamento cronologico osservabile nella formazione delle ipostasi, che può essere così schematizzato (*Puccini*):

- Fase di *migrabilità assoluta*: se il cadavere viene spostato nelle prime *6-8 ore* dopo il decesso, le macchie ipostatiche già formatesi in una sede si attenuano fortemente o addirittura scompaiono per riformarsi nella regione divenuta declive.

- Fase di *migrabilità parziale o di fissità relativa*: tra le *8 e le 12 ore* dopo la morte, a seguito di un mutamento di posizione del cadavere, le ipostasi preformate impallidiscono senza scomparire del tutto, mentre nuove lividure, meno marcate, si producono in corrispondenza delle nuove zone declivi.

- Fase di *fissità assoluta*: dopo *15 ore* dalla morte, lo spostamento del corpo non si traduce nella produzione di nuove ipostasi. Si troveranno pertanto, in tal caso, macchie ipostatiche con distribuzione anomala rispetto alla posizione del cadavere al momento del rinvenimento.

Le ipostasi possono infine fornire talora, in relazione alla colorazione ed alla sede, indizi relativi alla *causa* della morte. A titolo esemplificativo ricordiamo che le macchie ipostatiche, usualmente di colore rosso vinoso, possono presentarsi rosso vivo nell'avvelenamento da CO, cianotiche nelle morti asfittiche o rosso rosee nei cadaveri di annegati ed assiderati. È altresì sovente citato, in letteratura, l'aspetto caratteristico "a guanto" od "a calzino" che possono assumere le macchie ipostatiche nelle morti per impiccamento.

La comparsa di *algor*, *rigor* e *livor*, costituenti la triade classica tanatologica, danno la certezza della morte.

A questi fenomeni, si aggiungono altri due fenomeni abiotici: la disidratazione e l'acidificazione.

d. *Disidratazione*

La cessazione dell'attività circolatoria determina la perdita, nel cadavere, del compenso idrico che si realizza nel vivente attraverso il costante rifornimento di liquidi ai vari tessuti. Questi ultimi patiscono pertanto dopo la morte, in ragione dell'evaporazione attraverso la cute, un processo di essiccamento.

Anch'essa influenzata da molteplici fattori intrinseci (costituzione; peso corporeo; etc.) ed estrinseci (temperatura, umidità e ventilazione dell'ambiente), la disidratazione dà luogo a manifestazioni particolarmente evidenti a carico di alcuni distretti corporei:

Così già alcune ore dopo il decesso sono rilevabili segni d'*essiccamento cutaneo* laddove l'epidermide è più sottile (scroto; pinne nasali; labbra) ovvero in aree di cute disepitelizzata (margini e fondo di ferita), che appaiono di consistenza pergamenacea e di colore giallo-bruno.

Modificazioni particolari si evidenziano poi, dopo 12-24 ore dalla morte, a livello del *bulbo oculare*, quali l'opacamento corneale con sfaldamento dell'epitelio ("tela di Winslow"), macchie nere agli angoli dell'occhio ("macchia sclerotica di Sommer") e l'infossamento del bulbo e diminuzione della tensione endoculare ("segno di Louis").

e. *Acidificazione*

La cessazione delle attività ossido-riduttive e l'accumulo dei prodotti del catabolismo determina, nel cadavere, un'acidificazione di tessuti e liquidi che si completa entro *4-7 ore* dalla morte e viene meno con l'instaurarsi dei processi putrefattivi, che danno origine a prodotti di degradazione di natura prevalentemente basica (*Puccini*).

1.3. *Fenomeni trasformativi*

Sono compresi nel novero dei fenomeni trasformativi quei processi che, con il loro estrinsecarsi, inducono modificazioni rilevanti a carico del cadavere.

Essi possono essere ulteriormente definiti come *distruttivi* (contribuiscono alla decomposizione del corpo: autolisi, autodigestione, putrefazione), o *speciali* (realizzandosi in condizioni ambientali particolari, determinano trasformazioni peculiari del cadavere: macerazione, mummificazione, saponificazione, corificazione).

a. *Autolisi*

Alla morte della cellula s'innescia un meccanismo di autodistruzione endocellulare sostenuto dalla liberazione post-mortale degli enzimi lisosomiali, che vanno a degradare le componenti cellulari. Gli effetti di tale processo

distruittivo sono osservabili alla microscopia sotto forma di quadri peculiari quali, ad esempio, picnosi del nucleo e rottura della membrana cellulare.

b. Autodigestione

È rappresentata dalla digestione post-mortale, da parte dei succhi gastrici e pancreatici, dei tessuti con i quali vengono in contatto.

c. Putrefazione

S'intende per putrefazione la distruzione dei tessuti dovuta all'azione di batteri saprofiti che inducono la fermentazione putrida del materiale organico.

Anch'essa può essere ampiamente influenzata, nel suo estrinsecarsi, da fattori sia intrinseci (età; causa della morte; integrità del cadavere; etc.) sia estrinseci (temperatura ed umidità ambientali; etc.). A tale proposito si suole dire che l'andamento della putrefazione, in riferimento alle condizioni ambientali, segue, si tratta ovviamente di una schematizzazione, la cosiddetta *Formula di Casper* ($x = 1,2,8$): il grado putrefattivo raggiunto da un cadavere esposto all'aria in un tempo "1" si realizza, in un corpo sommerso o interrato, in un tempo rispettivamente due od otto volte maggiore (*Puccini*).

Operando una generalizzazione schematica, e facendo riferimento a condizioni ambientali non estreme, possono individuarsi nel processo putrefattivo quattro periodi o fasi:

- Periodo *colorativo* o *cromatico*: la produzione di cataboliti batterici solforati, che si combinano con gli emopigmenti derivanti dal disfacimento eritrocitario, determina la comparsa, *tra le 18 e le 36 ore dalla morte*, di una *macchia verde putrefattiva* inizialmente situata in fossa iliaca destra (ossia in corrispondenza del cieco, dove più imponenti sono le colonie batteriche). La macchia verde si estende poi, con il passare del tempo, ad altre sedi, tipicamente seguendo il decorso della rete venosa superficiale, che ne risulta pigmentata a dare il cosiddetto *reticolo venoso putrefattivo*.

- Periodo *gassoso* o *enfisematoso*: evidente dopo *3-4 giorni* dalla morte *in estate*, e dopo *alcune settimane in inverno*, è determinato dalla formazione di raccolte enfisematose dei gas putrefattivi prodotti dai batteri anaerobi. Il cadavere presenta volto tumefatto, con rigonfiamento delle labbra e protrusione di lingua e bulbi oculari; l'addome si gonfia, dando al corpo un aspetto gigantesco; lo strato corneo dell'epidermide si rigonfia in bolle, scollandosi e dando origine a distacchi epidermolitici.

- Periodo *colliquativo*: evidente già dopo *alcune settimane* dalla morte *in estate*, e dopo *alcuni mesi* in *inverno*, rappresenta l'esito in fusione putrida dei processi di fermentazione putrida batterica. Viene meno l'aspetto rigonfio del cadavere tipico della fase gassosa e il colore del corpo vira dal verdastro al bruno-nerastro. I differenti organi e tessuti offrono una diversa

resistenza, in ragione dei loro caratteri strutturali, alla colliquazione: questa si completa, ad esempio, in 2-3 anni nei tessuti molli ed in 3-5 anni nei tendini e legamenti, permanendo per tempi ancora più lunghi i tessuti cornei, come unghie e capelli.

- Periodo di *scheletrizzazione*: la riduzione del cadavere alla sola impalcatura scheletrica richiede, in genere, *3-5 anni*

d. Macerazione

Con il termine macerazione si intende un processo d'imbibizione idrica dei tessuti nel cadavere giacente in ambiente liquido (*Puccini*).

Essa si realizza di fatto, in forma tipica, ovvero in ambiente privo di batteri putrefattivi, pressoché soltanto nel feto morto ritenuto in utero. Nelle altre tipologie di cadaveri, che siano rimasti in acqua per tempo prolungato, si incontrano, invece, quadri trasformativi complessi nei quali, agli effetti macerativi, si embricano quelli determinati dal concomitante estrinsecarsi di fenomeni putrefattivi.

e. Mummificazione

Cadaveri di soggetti con caratteristiche intrinseche predisponenti (magrezza sino alla cachessia; morte dovuta ad emorragia profusa; ecc.), soggiornanti in ambiente caldo e ventilato, possono andare incontro a processi di rapida disidratazione, che rendono indisponibile la quota d'acqua necessaria all'estrinsecarsi dei meccanismi putrefattivi.

Il processo di mummificazione determina nel cadavere un imponentissimo calo ponderale, assumendo tipicamente la cute colore giallo-brunastro e consistenza dura, coriacea, simile a quella del cuoio vecchio.

Il processo di mummificazione, realizzantisi in poche settimane, si completa usualmente, sono possibili non di meno mummificazioni assai rapide, *entro un anno* e il cadavere così trasformato può mantenere le proprie caratteristiche per secoli.

f. Saponificazione

Nel cadavere che rimanga immerso per un tempo protratto in acqua corrente fredda, o sia inumato in terreno umido, può osservarsi la formazione di saponi per l'azione di enzimi batterici che scindono i lipidi. Tali grassi, anche combinandosi con sali minerali ambientali, vanno a formare la cosiddetta *adipocera*, una massa viscida di colore biancastro e odore vicino a quello del formaggio rancido che ricopre usualmente alcuni distretti corporei risparmiandone altri.

La saponificazione si realizza in tempi differenti in dipendenza dai tessuti interessati: per la trasformazione dei tegumenti sono sufficienti in media dalle 4 alle 6 settimane, mentre la saponificazione degli organi interni richiede svariati mesi. Il processo si completa, usualmente, nell'arco di *6-12 mesi*.

g. Corificazione

Il cadavere chiuso ermeticamente in cassa zincata o piombata può andare incontro ad una peculiare trasformazione i cui effetti sono maggiormente visibili a carico della cute. Questa subisce un processo di disidratazione al termine del quale, al contrario di quanto avviene nella mummificazione, si presenta morbida ed elastica, di colorito giallastro.

Evidente già dopo un anno di soggiorno del corpo nella cassa metallica, il processo si completa generalmente in circa *2 anni*.

In estrema sintesi i fenomeni cadaveri possono essere schematizzati con l'aiuto della tabella seguente⁵:

Tabella riassuntiva
Fenomeni cadaverici

Abiotici	Immediati	Cessazione definitiva delle funzioni respiratoria, cardiocircolatoria e nervosa (<i>tripode di Bichat</i>) => perdita coscienza, sensibilità, motilità, tono muscolare
	Consecutivi	- <i>Raffreddamento</i> (algor: decremento lento - rapido - lento) - <i>Rigidità</i> (rigor: insorgenza - stabilizzazione - risoluzione) - <i>Ipostasi</i> (livor: da replezione [migrabilità assoluta - parziale] - da diffusione [fissità assoluta]) - <i>Disidratazione</i> - <i>Acidificazione</i>
Trasformativi	Distruttivi	- <i>Autolisi</i> - <i>Autodigestione</i> - <i>Putrefazione</i> (periodo: colorativo - gassoso - colliquativo - scheletrizzazione)
	Speciali	- <i>Macerazione</i> - <i>Mummificazione</i> - <i>Saponificazione</i> - <i>Corificazione</i>

⁵ N.B. Nella tabella, essenzialmente corrispondente a quella riportata dal Puccini, sono state inserite alcune specificazioni.

2. Diagnosi di morte

di *Alberto Sella*

Il problema della definizione bio-antropologica, clinica e socio-giuridica del confine tra la vita e la morte è sempre stato proprio dell'uomo e soprattutto dello scienziato; le nozioni di vita e di morte sono state variamente precisate nel tempo, anche in correlazione alle conoscenze scientifiche ed al contesto socio-culturale dell'epoca, tanto da imporre la necessità di fare chiarezza almeno sulla definizione della realtà della morte¹.

È necessario, pertanto, cercare di fornire *in primis* una definizione di morte, che ben possa adattarsi alle esigenze etiche di oggi, alle conoscenze scientifiche e alla globalizzazione della cultura e dei modi di socializzazione.

1. Il “processo” della morte

La morte è la cessazione totale ed irreversibile delle funzioni (principalmente) di un organismo vivente.

Sul piano biologico, la morte deve essere considerata non un evento istantaneo, bensì un processo che si svolge per gradi e ha inizio con la perdita irreversibile dell'integrità dell'organismo, prosegue con le trasformazioni cadaveriche e ha termine con la completa dissoluzione di tutte le cellule.

L'estinzione graduale delle attività organiche caratterizza questo processo in cui è possibile distinguere tre fasi: - la morte relativa che ha inizio nel momento in cui si verifica l'arresto delle funzioni vitali, senza possibilità di ripresa autonoma. Essa non presenta però ancora i caratteri

¹ N.B. Nella tradizione della medicina ippocratica, la morte non veniva considerata dall'arte medica: il medico doveva allontanarsi dal morente ed addirittura rifiutarsi di curare coloro che fossero gravemente ammalati, riconoscendo l'impotenza delle scienze mediche di fronte all'immediatezza della morte, considerata a tutti gli effetti un avvenimento naturale. In epoca moderna si è manifestato, invece, sempre di più il fenomeno della “medicalizzazione” della morte, che ha comportato il passaggio dalla dimensione socio-familiare a quella clinica del morire.

dell'irreversibilità, in quanto, in alcune circostanze e con l'ausilio di tecniche rianimatorie, è possibile vicariare le funzioni vitali; - quella intermedia, in cui le attività vitali risultano definitivamente ed irreversibilmente spente, mentre permangono, temporaneamente, le attività biologiche elementari e incoordinate a livello cellulare, costituenti i cosiddetti fenomeni di vita residua²; - quella assoluta, in cui cessano anche tutte le attività cellulari residue.

Nel 1800 Xavier Bichat, pubblicando le “*Recherches physiologiques sur la vie et sur la mort*”, ebbe ad intuire che le funzioni vegetative potevano mantenersi e persistere anche qualora la “vita di relazione” fosse cessata, dimostrando come queste godano di una certa indipendenza reciproca. In questo bipolarismo (vita organica – vita di relazione) è possibile intravedere le caratteristiche, seppure in maniera molto imprecisa ed approssimata, di condizioni cliniche che oggi sono conosciute come morte cerebrale e stato vegetativo persistente³.

Risale sempre a Bichat il pensiero che il sostegno principale e fondamentale per la vita di un organismo è rappresentato dalla cosiddetta triade o tripode, costituita dalle seguenti tre funzioni principali: cerebrale, cardiaca e respiratoria, saldamente coordinate tra loro e interdipendenti. Privato, infatti, anche di una sola di queste componenti, essenziali per l'integrità dell'individuo, questi perde la sua unità funzionale, con inizio all'accadimento della morte.

Con riferimento alla prima delle funzioni che venga a mancare, è possibile la distinzione tra: - morte primitivamente cerebrale (a causa di gravi danni cerebrali si arrestano le funzioni nervose comprese le attività dei centri bulbari respiratori e cardiocircolatori) - morte primitivamente respirato-

² N.B. I fenomeni di vita residua sono resi possibili grazie all'autonomia funzionale delle cellule, che sono in grado di mantenere il proprio metabolismo fino a quando possono utilizzare le riserve energetiche a loro disposizione. Tra le manifestazioni di vita residua si ricordano, ad esempio, la circolazione attiva post-mortale, la crescita delle formazioni pilifere, digestione e peristalsi post-mortale, sopravvivenza degli spermatozoi.

³ Def. Lo *stato vegetativo* è una condizione di possibile evoluzione del coma caratterizzata dalla ripresa della veglia, senza contenuto di coscienza e consapevolezza di sé e dell'ambiente circostante. Lo stato vegetativo viene definito *persistente* (stato vegetativo persistente, SVP - in inglese *Persistent Vegetative State*, PVS) - se protratto nel tempo e permanente quando si presume che sia irreversibile. Lo stato vegetativo persistente consiste in pratica in una condizione continuativa (almeno alcune settimane) di veglia incosciente. Lo stato vegetativo va distinto sia sul piano clinico che giuridico, dalle condizioni definite come *morte cerebrale* o coma irreversibile. In questi casi è presente la completa e irreversibile perdita di attività dell'encefalo, confermata dalle registrazioni elettrofisiologiche, e delle funzioni vitali correlate, fra cui l'attività respiratoria. La morte cerebrale è, quindi, una condizione completamente diversa dallo stato vegetativo, che non viene riconosciuto come morte in nessun sistema legale.

ria (arresto primitivo della respirazione, con ipossia cerebrale e arresto cardiocircolatorio) - morte primitivamente cardiaca (la funzione cardiocircolatoria si arresta determinando una lesione ischemica dei tessuti).

La concezione di morte e la descrizione fisiopatologica dei meccanismi che ad essa portano, secondo la teoria di Bichat, non appare oggi più sostenibile nella sua totalità. Grazie alle tecniche rianimatorie è, infatti, possibile mantenere in vita un soggetto in cui siano compromesse alcune delle funzioni principali. Ciò che invece, sotto il profilo clinico, resta valido del tripode è che un grave e globale danno dell'encefalo sia sufficiente ad interrompere irreversibilmente tutte le funzioni vitali dell'organismo: viene considerato valido il principio secondo cui alla cessazione globale e definitiva delle funzioni dell'encefalo, corrisponda alla morte.

2. Definizione di morte in Italia

Secondo il Comitato Nazionale per la Bioetica, chiamato, nel 1991, ad esprimere il proprio parere in merito alla definizione ed all'accertamento della morte, questa va intesa come la *“perdita totale ed irreversibile della capacità dell'organismo di mantenere autonomamente la propria unità funzionale”*.

Lo Stato italiano a tal proposito, attraverso la promulgazione della legge n°578 del 29 dicembre 1993, *“Norme per l'accertamento e la certificazione di morte”*, ne ha stabilito una definizione legale: *“La morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo”* (art. 1⁴). Venute quindi meno le funzioni dell'encefalo, il soggetto passa allo status di cadavere. Dal punto di vista giuridico, la cessazione della vita determina l'estinzione della persona fisica, costituendo la morte legale.

3. Diagnosi di morte

Dal punto di vista propriamente medico, l'inizio del processo della morte assume un'importanza fondamentale: constatare il decesso significa affermare che un soggetto è deceduto e solo al medico è consentita l'esecuzione di questo compito.

La diagnosi di morte costituisce una vera e propria pratica medico-legale e, in quanto tale, presuppone che il medico esegua l'esame del cada-

⁴ Legge 29 dicembre 1993, n°578, *“Norme per l'accertamento e la certificazione di morte”*, art. 1 (*Definizione di morte*): “1. La morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo”.

vere applicando le regole generali di semeiotica tanatologica e di buona pratica clinica. L'esame obiettivo viene attuato al fine di rilevare segni clinici inequivocabili di avvenuto decesso, in modo da verificare non solo il venir meno delle funzioni vitali, ma soprattutto la natura irreversibile di questa perdita, consentendo quindi, di fare diagnosi di morte clinica.

Il medico deve inoltre conoscere, e saper applicare, le normative vigenti in merito all'accertamento e alla certificazione della morte poiché, come abbiamo visto, questa assume rilevanza sul piano giuridico (morte legale).

Nella storia della tanatologia forense, la scienza che si occupa dello studio dei fenomeni cadaverici in ambito medico legale, sono state avanzate diverse proposte per l'individuazione di segni clinici specifici ed attendibili, utili per riconoscere con certezza la morte e la sua irreversibilità.

La Medicina Legale classica ha identificato, con Borri nel IV volume del suo *Trattato di Medicina Legale (1926)*, tre gruppi di segni distintivi della morte, che si verificano progressivamente nel tempo: - segni abiotici immediati o segni avitali: cessazione definitiva del respiro, del circolo, perdita di coscienza, paralisi motoria e sensitiva, perdita del tono muscolare; - segni abiotici consecutivi: evaporazione e disseccamento cutaneo e mucoso, algor (raffreddamento), livor (ipostasi) e rigor mortis (rigidità); - segni trasformativi: putrefazione, macerazione, corificazione, mummificazione e saponificazione.

Nella pratica medica odierna si fa riferimento ai criteri identificati da Borri per la diagnosi clinica di morte: in particolare si utilizzano i segni avitali, che devono permanere per un periodo di tempo sufficiente a determinare la perdita irreversibile delle funzioni cerebrali. Assumono valore di certezza assoluta i segni abiotici consecutivi e quelli trasformativi, segni questi però non applicabili nell'immediato a scopo diagnostico. Infatti, i segni abiotici consecutivi si manifestano nelle ore seguenti il decesso e su di essi si basa l'accertamento della morte, da parte del medico necroscopo.

L'accertamento del decesso, per arresto cardiocircolatorio⁵, può essere effettuato mediante due procedure: - la semeiotica diretta (accertamento dell'assenza dei polsi centrali e periferici, carotideo, radiale e femorale, silenzio auscultatorio alla rilevazione dei toni cardiaci, assenza della pressione sanguigna); - rilevamento strumentale (in base alla norma di legge "l'accertamento della morte per arresto cardiaco può essere effettuato da un

⁵ Legge 578/93, art. 2 (*Accertamento di morte*): "1. La morte per arresto cardiaco si intende avvenuta quando la respirazione e la circolazione sono cessate per un intervallo di tempo tale da comportare la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo e può essere accertata con le modalità definite con decreto emanato dal Ministro della sanità".

medico con il rilievo grafico continuo dell'elettrocardiogramma protratto per non meno di 20 minuti primi”, asistolia che deve mantenersi tale dopo la stimolazione farmacologica o meccanica del cuore⁶).

La diagnosi di arresto respiratorio si formula attraverso l'esecuzione dell'esame obiettivo, che permette di rilevare il silenzio respiratorio all'auscultazione e l'immobilità della cassa toracica all'osservazione⁷.

La morte nei soggetti con lesioni encefaliche⁸ e sottoposti a manovre rianimatorie si ritiene avvenuta quando si verifica la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo ed è accertata con modalità clinico-strumentali previste dal decreto 582/94 del Ministero della Sanità, che tratteremo nello specifico di seguito.

4. La morte cerebrale

La morte cerebrale è definita come la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo.

Il Comitato Nazionale per la Bioetica fa riferimento alla morte cerebrale come l'insieme di *“criteri neurologici per accertare la morte della persona nella sua totalità”*⁹. In questo senso, la morte cerebrale può essere considerata un criterio di accertamento del fenomeno morte e non una “modalità” di morte. Il criterio neurologico per l'accertamento della morte trova fondamento nella centralità dell'encefalo, ovvero il complesso di organi nervosi intracranici, e nel suo ruolo indispensabile come elemento in grado di garantire l'unitarietà funzionale dell'organismo, per cui la cessazione completa e permanente della funzionalità di queste strutture può essere equiparata alla morte stessa.

⁶ Decreto 22 agosto 1994, n°582 Ministero della Sanità, *“Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte”*, art. 1 (*Accertamento della morte per arresto cardiaco*): “1. /.../ l'accertamento della morte per arresto cardiaco può essere effettuato da un medico con il rilievo grafico continuo dell'elettrocardiogramma protratto per non meno di 20 minuti primi”.

⁷ N.B. Emblematiche sono le prove di ventilazione utilizzate in passato quali la prova dello specchietto, che si appannerebbe con la respirazione, della fiammella, che potrebbe essere mossa anche da lievi insufflazioni, oppure del bicchiere colmo d'acqua appoggiato sullo sterno, che verserebbe il suo contenuto in caso di movimenti respiratori anche minimi.

⁸ Legge 578/93, art. 2 (*Accertamento di morte*), comma 2: “La morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie si intende avvenuta quando si verifica la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo ed è accertata con le modalità clinico-strumentali definite con decreto emanato dal Ministro della sanità”.

⁹ Comitato Nazionale per la Bioetica sulla definizione e l'accertamento della morte nell'uomo 15 febbraio 1991.

La correlazione esistente tra morte cerebrale e morte dell'individuo si basa, inoltre, sul fatto che, sia attraverso l'arresto cardiocircolatorio, sia attraverso una lesione primitiva delle strutture encefaliche, è possibile giungere ad un danno che comprometta irreversibilmente le attività dell'encefalo: la morte cerebrale, che risulta incompatibile con la sopravvivenza degli altri organi extracerebrali, se non in modo temporaneo attraverso l'utilizzo di procedure terapeutiche di sostegno.

Secondo la legge italiana¹⁰, la morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo ed i criteri neurologici per l'accertamento dell'avvenuto decesso acquistano un ruolo fondamentale nella pratica clinica, quando si verificano particolari condizioni. Le indicazioni per l'utilizzo dei criteri sono raccolte nel testo della già citata legge 578/1993 (art. 2 commi 4 seg.¹¹).

Visto l'obbligo citato all'articolo 3¹², risulta necessario delucidare quali siano le condizioni sul piano clinico che permettano di rilevare i segni che consentano di fare diagnosi di morte cerebrale.

In particolare gli articoli 2 e 3 del Decreto del Ministero della Sanità del 22 agosto 1994, n°582, enunciano il regolamento recante le condizioni ne-

¹⁰ Legge 578/93, art. 2 comma 1.

¹¹ Legge 578/93, art. 2 (*Accertamento di morte*), comma 4: "Il decreto del Ministro della sanità di cui al comma 2 definisce le condizioni la cui presenza simultanea determina il momento della morte e definisce il periodo di osservazione durante il quale deve verificarsi il perdurare di tali condizioni, periodo che non può essere inferiore alle sei ore. Il citato decreto deve tenere conto delle peculiarità dei soggetti di età inferiore ai cinque anni. - 5. L'accertamento della morte dei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie è effettuato da un collegio medico nominato dalla direzione sanitaria, composto da un medico legale o, in mancanza, da un medico di direzione sanitaria o da un anatomopatologo, da un medico specialista in anestesia e rianimazione e da un medico neurofisiopatologo o, in mancanza, da un neurologo o da un neurochirurgo esperti in elettroencefalografia. I componenti del collegio medico sono dipendenti di strutture sanitarie pubbliche. - 6. In ogni struttura sanitaria pubblica, la direzione sanitaria nomina uno o più collegi medici per l'accertamento della morte dei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie. Ciascun singolo caso deve essere seguito dallo stesso collegio medico. - 7. Il collegio medico è tenuto ad esercitare le sue funzioni anche in strutture sanitarie diverse da quella di appartenenza. Le case di cura private devono avvalersi per l'accertamento della morte nel caso di cui al comma 2 dei collegi medici costituiti nelle strutture sanitarie pubbliche. - 8. La partecipazione al collegio medico è obbligatoria e rientra nei doveri di ufficio del nominato. - 9. Il collegio medico deve esprimere un giudizio unanime sul momento della morte".

¹² Legge 578/93, art. 3 (*Obblighi per i sanitari nei casi di cessazione di attività cerebrale*): "1. Quando il medico della struttura sanitaria ritiene che sussistano le condizioni definite dal decreto del Ministro della sanità di cui all'articolo 2, comma 2, deve darne immediata comunicazione alla direzione sanitaria, che è tenuta a convocare prontamente il collegio medico di cui all'articolo 2, comma 5".

cessarie e le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie¹³.

Altro punto fondamentale trattato dal suddetto Decreto, aggiornato dal Decreto Ministeriale del 11 aprile 2008, "Aggiornamento del decreto 22 agosto 1994, n°582, relativo al: Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte", riguarda la durata del periodo di osservazione, ossia il periodo durante il quale il soggetto va attentamente valutato, per escludere o verificare la presenza di fenomeni vitali. La durata dell'osservazione è fissata in almeno sei ore, con la possibilità di sottoporre

¹³ Decreto M.S. 582/94, art. 2 (*Condizioni che inducono all'accertamento della morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie*): "1. Nei soggetti affetti da lesioni encefaliche sottoposti a misure rianimatorie, salvo i casi particolari di cui al comma 2, le condizioni che, ai sensi dell'art. 3 della legge 578/93, impongono al medico della struttura sanitaria di dare immediata comunicazione alla direzione sanitaria dell'esistenza di un caso di morte per cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo, sono: a) stato di incoscienza; b) assenza di riflessi del tronco e di respiro spontaneo; c) silenzio elettrico cerebrale. - 2. L'iter diagnostico-terapeutico, finalizzato anche alla certezza della diagnosi eziopatogenetica, deve prevedere, nelle sottoelencate situazioni particolari, l'esecuzione di ulteriori indagini complementari atte ad evidenziare l'esistenza di flusso ematico cerebrale: a) bambini di età inferiore a 1 anno; b) presenza di fattori concomitanti (farmaci depressori del sistema nervoso centrale, ipotermia, alterazioni endocrino metaboliche, ipotensione sistemica progressiva) di grado tale da interferire sul quadro clinico complessivo. In alternativa al rilievo del flusso ematico cerebrale l'iter può essere procrastinato fino all'avvenuta normalizzazione delle situazioni predette; c) situazioni che non consentono una diagnosi eziopatogenetica certa o che impediscono l'esecuzione dei riflessi del tronco o dell'elettroencefalogramma (E.E.G.). - 3. Nel caso in cui il flusso ematico cerebrale valutato per i motivi di cui al precedente comma risulti assente, il medico della struttura sanitaria è tenuto a dare immediata comunicazione alla direzione sanitaria ai sensi dell'art. 3 della legge 578/93." - art. 3 (*Accertamento della morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie*): "1. Nei soggetti di cui all'art. 2 la morte è accertata quando sia riscontrata, per il periodo di osservazione previsto dall'art. 4, la contemporanea presenza delle seguenti condizioni: a) stato di incoscienza; b) assenza di riflesso corneale, riflesso fotomotore, riflesso oculocefalico e oculovestibolare, reazioni a stimoli dolorifici portati nel territorio d'innervazione del trigemino, riflesso carenale e respirazione spontanea dopo sospensione della ventilazione artificiale fino al raggiungimento di ipercapnia accertata da 60 mmHg con pH ematico minore di 7,40; c) silenzio elettrico cerebrale, documentato da EEG eseguito secondo le modalità tecniche riportate nell'allegato 1; d) assenza di flusso cerebrale preventivamente documentata nelle situazioni particolari previste dal comma 2 dell'art. 2. - 2. I riflessi spinali, spontanei o provocati, non hanno rilevanza alcuna ai fini dell'accertamento della morte, essendo essi compatibili con la condizione di cessazione irreversibile di tutte le funzioni encefaliche. - 3. Nel neonato l'accertamento della morte di cui al presente articolo può essere eseguito solo se la nascita è avvenuta dopo la 38° settimana di gestazione e comunque dopo una settimana di vita extrauterina".

sogetti sotto l'anno di vita ad indagini strumentali per la valutazione del flusso ematico cerebrale¹⁴.

Ciò premesso, una volta riscontrati i segni clinici che fanno supporre la morte, ha inizio il periodo di osservazione. La dichiarazione del decesso deve essere espressa al termine del periodo di osservazione, ma cronologicamente ricondotta all'inizio di tale periodo.

5. Costatazione del decesso

Nella normale prassi, la constatazione del decesso viene eseguita dal medico che assiste il morente e rilascia un certificato, redatto sul ricettario personale, ai familiari del defunto che lo presenteranno all'Ufficiale di Stato Civile, che provvederà a formalizzare l'atto di morte.

Nel caso di decesso di un paziente presso un Reparto di un Presidio Ospedaliero, è compito del medico di reparto, o del medico reperibile, constatarne la morte tramite annotazione sulla cartella clinica.

Eseguita la constatazione del decesso, il *Regolamento di Polizia Mortuaria* prevede la visita del medico necroscopo, finalizzata all'accertamento della realtà della morte attraverso la verifica dei parametri vitali fondamentali. Tale visita non può comunque essere effettuata prima di 15 ore dal decesso e non oltre le 30 ore dallo stesso, fatto salvo alcune eccezioni.

Così la visita necroscopica può essere effettuata prima delle 15 ore quando la morte: - si sia verificata per decapitazione o maciullamento¹⁵; - sia stata accertata mediante l'ausilio di un elettrocardiografo, per almeno 20 minuti primi; - sia stata causata da una malattia infettivo-diffusiva.

¹⁴ D.M. 11 aprile 2008, art. 4 (*Periodo di osservazione*): "1. Ai fini dell'accertamento della morte la durata dell'osservazione ai fini dell'accertamento della morte deve essere non inferiore a 6 ore. - 2. In tutti i casi di danno cerebrale anossico il periodo di osservazione non può iniziare prima di 24 ore dal momento dell'insulto atossico, ad eccezione del caso in cui sia stata evidenziata l'assenza di flusso ematico encefalico. In tale condizione, il periodo di osservazione può iniziare anche prima di 24 ore dal momento dell'insulto atossico, di seguito alla documentazione dell'assenza del flusso ematico encefalico. - 3. La simultaneità delle condizioni necessarie ai fini dell'accertamento deve essere rilevata dal collegio medico per almeno due volte, all'inizio e alla fine del periodo di osservazione. La verifica di assenza di flusso non va ripetuta. - 4. Il momento della morte coincide con l'inizio dell'esistenza delle condizioni di cui all'art. 3, comma 1".

¹⁵ Legge 578/93, art. 4 (*Periodo di osservazione dei cadaveri*): "1. Nei casi in cui l'accertamento di morte non viene effettuato secondo le procedure di cui all'art. 2, nessun cadavere può essere chiuso in cassa, né essere sottoposto ad autopsia, a trattamenti conservativi, a conservazione in celle frigorifere, né essere inumato, tumulato, cremato prima che siano trascorse 24 ore dal momento del decesso, salvi i casi di decapitazione o di maciullamento."

La visita del medico necroscopo può invece essere posticipata fino a 48 ore, quando ci si trovi di fronte ad una morte improvvisa o qualora sussista il dubbio di morte apparente.

Nelle strutture ospedaliere il compito di medico necroscopo spetta al Direttore Sanitario, oppure al Primario di Medicina-Legale o del reparto di Anatomia Patologica, oppure ancora da un medico da essi delegato.

Nelle ASL l'attività necroscopica è affidata a sanitari incaricati che svolgono la propria professione nell'ambito della medicina legale, nominati dal responsabile di settore.

L'accertamento della morte eseguito dall'apposito Collegio medico, esclude ogni ulteriore accertamento da parte del medico necroscopo¹⁶.

6. Certificazione della morte

Al momento del decesso di ogni persona, *qualsiasi medico* ha facoltà di compilare il *certificato di morte*, nel quale attesta il giorno, l'ora, il luogo ed eventuali informazioni ad esso riferite da familiari, in cui il soggetto in

¹⁶ N.B. Regolamento della Regione Lombardia: Grazie ai provvedimenti legislativi che sono stati intrapresi nel corso degli ultimi anni, ed in particolare con l'introduzione della devoluzione, le Regioni hanno accresciuto le loro competenze in materia di istruzione, sicurezza civile ed erogazione dell'assistenza sanitaria. In questo ultimo specifico caso è riconosciuta la competenza legislativa ed amministrativa esclusiva di ciascuna regione, che è libera di disciplinare e organizzare le strutture che ad essa fanno riferimento. Considerata quindi l'esistenza di questa relativa autonomia regionale in ambito sanitario, è, ad esempio, interessante analizzare cosa avviene in materia di constatazione e certificazione del decesso nella Regione Lombardia, evidenziando le principali differenze rispetto al regolamento in ambito nazionale. Nel Regolamento regionale del 9 Novembre 2004 n°6, in materia di attività funerarie e cimiteriali, all'art. 40 vengono enunciate le normative per quanto concerne la denuncia delle cause della morte e l'accertamento di morte. La denuncia di cause della morte viene effettuata entro 24 ore dal decesso, come previsto dal regolamento vigente a livello nazionale, dal medico curante o da chi, in assenza di esso, ne assume le funzioni. L'accertamento del decesso viene attuato, come precisato al Comma 6: a. dal direttore sanitario o medico suo delegato, quando il decesso avvenga in struttura sanitaria e la salma non debba essere trasferita ad altra struttura per il periodo di osservazione. b. Dal direttore o responsabile sanitario, o altro medico da essi delegato, in caso di decesso presso altra struttura residenziale, socio-sanitaria o socio-assistenziale. c. Dal medico necroscopo, incaricato dall'ASL territorialmente competente, in caso di decesso in abitazione privata o altro luogo non precedentemente citato. - A differenza di quanto dichiarato nelle normative nazionali, al comma 7 si dichiara che "l'accertamento di morte deve essere effettuato entro 24 ore dal decesso; se il decesso è avvenuto nei giorni festivi, l'accertamento è effettuato entro le ore 8.00 del primo giorno feriale successivo e comunque non oltre 48 ore dal decesso". - Per quanto concerne invece l'avviso di morte, anche sul territorio regionale, le disposizioni applicate risultano quelle riferite dal decreto del Presidente della Repubblica, 3 novembre 2000, n°396.

questione è morto e come tale può essere trattato (messo in cassa aperta etc.). Viene compilato su carta intestata, firmata e timbrata e consente al personale delle pompe funebri o ai parenti del defunto di effettuare la *denuncia di morte, atto amministrativo* da consegnare all'Ufficiale di Stato Civile, che provvede alla cancellazione dai registri comunali della persona deceduta, e permette che l'ASL ne sia avvisata per l'invio del *medico necroscopo*.

Il Testo Unico delle leggi sanitarie dispone che “*gli esercenti della professione di medico e chirurgo sono obbligati a denunciare al sindaco le cause di morte entro 24 ore dall'accertamento del decesso*¹⁷”.

“*La denuncia della causa di morte /.../, deve essere fatta entro 24 ore dall'accertamento del decesso su apposita scheda di morte stabilita dal Ministero della Sanità, d'intesa con l'Istituto nazionale di statistica*¹⁸”, come previsto dall'articolo 138 dell'Ordinamento dello Stato Civile.

Le schede di morte hanno esclusivamente finalità sanitarie, epidemiologiche e statistiche.

La *denuncia delle cause di morte (Modulo Istat)* va altresì compilato da parte di un medico (generalmente il medico di base o il medico di medicina generale nel caso di ricoveri prolungati) che sia a conoscenza della storia clinica della persona deceduta e che possa individuare cause iniziali, intermedie e terminali del decesso. Laddove il medico di base non si senta in grado di compilare direttamente il modulo ISTAT, se ancora non è stato fatto, redige unicamente il *certificato di morte*, mentre la *denuncia delle cause di morte* viene stilata dal *medico necroscopo*, dipendente ASL che interviene, secondo il Regolamento di Polizia Mortuaria vigente in Lombardia entro le 24 ore dal decesso (nelle altre Regioni dopo 15 e prima di 30 ore dalla morte) e ha finalità non soltanto di esclusione di un eventuale reato, ma anche epidemiologiche e statistiche, effettuando l'*accertamento della morte*, modulo appositamente redatto dall'ASL, senza la compilazione del quale non si ottiene il nulla osta alla sepoltura.

Generalmente il ruolo del medico necroscopo è quello della tutela della salute pubblica e della conferma che quanto dichiarato nella denuncia delle cause di morte del modulo ISTAT corrisponda alla realtà, per poi compilare il modulo di accertamento della morte.

Nel caso in cui il medico di famiglia non avesse compilato il modulo ISTAT, non sentendosi in grado, sulla base della storia clinica del soggetto, di individuare le cause iniziali, intermedie e terminali del decesso, in gene-

¹⁷ Testo Unico delle leggi sanitarie, art. 103.

¹⁸ D.P.R. n°285 del 10/09/1990, Regolamento di Polizia Mortuaria, Capo I, “*Denuncia della causa di morte e accertamento dei decessi*”, art. 1.

re il medico necroscopo richiede il riscontro diagnostico (essendo, a sua volta, solitamente ignaro della precisa storia clinica del soggetto deceduto).

Sebbene, quando le cause di morte non siano chiare, anche il medico di base possa richiedere un *riscontro diagnostico*¹⁹, solitamente è il medico necroscopo a farlo, facendo le veci dell'ASL.

Laddove, invece, le circostanze della morte possano essere riconducibili ad una morte violenta e sottenda un eventuale reato perseguibile d'Ufficio, chiunque abbia prestato assistenza, opera o cura, è tenuto ad avvisare l'Autorità Giudiziaria e nel caso del medico, a stilare referto (vedi capitolo al riguardo). A qual punto verrà disposta l'autopsia²⁰, in seguito alla quale il titolare dell'indagine rilascerà il nulla osta alla sepoltura della salma.

¹⁹ Def. *Riscontro diagnostico*: Il riscontro diagnostico è l'esame sistematico del cadavere, eseguito per finalità puramente cliniche, intese cioè come processo di conferma o di approfondimento diagnostico già eseguito in vivo, su disposizione dell'Autorità sanitaria. La richiesta di riscontro diagnostico può essere formulata dal medico curante o da altro sanitario che abbia avuto in cura il soggetto in vita. - Il Regolamento di Polizia mortuaria dispone all'art. 37, che vengano sottoposti a riscontro diagnostico i cadaveri di persone decedute senza assistenza medica, trasportati in ospedale, in un deposito di osservazione o in un obitorio ed i cadaveri di persone decedute in ospedale, cliniche universitarie e istituti di cura privati, quando i rispettivi direttori, medici curanti o primari lo dispongano. Il fine di questa indagine settoria è il chiarimento della diagnosi di morte o di quesiti clinico-scientifici. - Il riscontro diagnostico può essere richiesto e disposto anche dal coordinatore sanitario dell'ASL di appartenenza, per cadaveri di deceduti presso la loro abitazione, quando la causa della morte sia riferibile a malattia infettiva e diffusiva, oppure a richiesta del medico curante, qualora sussista il dubbio sulla causa del decesso. - Il riscontro diagnostico è eseguito dall'anatomopatologo nelle cliniche universitarie o negli ospedali, oppure da un altro sanitario competente o incaricato del servizio, con facoltà del primario o del medico curante richiedente di assistervi. - All'art. 39 è altresì precisato, che i risultati debbano essere comunicati al Sindaco per eventuale rettifica della scheda di morte, e che il Sindaco si incarichi di comunicare tali risultati all'ASL di riferimento, come previsto dall'art. 1, com. 7. Qualora la causa del decesso risultasse una malattia infettiva e diffusiva, la comunicazione deve essere fatta d'urgenza ed essa ha valore di denuncia sanitaria. Nel caso di sospetto di morte connessa a reato o responsabilità professionale del personale sanitario, il medico settore deve sospendere il riscontro diagnostico e darne immediata comunicazione all'autorità giudiziaria, compilando il referto o la denuncia di reato.

²⁰ Def. *Autopsia giudiziaria*: L'autopsia è considerata un accertamento tecnico non ripetibile e, contrariamente al riscontro diagnostico, non è sottoposta alle limitazioni che vietano le dissezioni o mutilazioni non necessarie. L'esame autoptico è ordinato dal Magistrato, quando ritenuto necessario per l'identificazione del cadavere o per stabilire l'epoca, la causa, i mezzi e le modalità della morte. L'esame autoptico viene effettuato ogni qual volta il Magistrato lo richieda e dovrebbe essere eseguita in tutti i casi di morte non naturale, certa o sospetta, anche qualora sia trascorso un certo periodo di tempo tra l'evento reputato la causa mortis ed il decesso. In particolare, l'esame autoptico viene di norma richiesto nei casi di morte violenta. Il regolamento di Polizia mortuaria precisa che debbano essere effettuate, anche se ordinate dall'autorità giudiziaria, da medici abilitati all'esercizio della professione. - L'autopsia di carattere giudiziario è disciplinata dall'art. 360 c.p. e dalla Circolare n°1635

Va ancora precisato come la denuncia dell'avvenuto decesso e delle cause della morte rientrano nelle denunce sanitarie obbligatorie (vedi capitolo al riguardo), costituendo per il medico non solo un dovere giuridico previsto ai sensi di legge, ma anche un obbligo deontologico, e che la certificazione costituisce giusta causa imperativa di rivelazione del segreto professionale (vedi capitolo al riguardo).

Riassumendo:

- *Certificato di morte*: redatto da parte di un medico qualsiasi, attesta la morte del soggetto.
- *Denuncia o Avviso di morte*: atto amministrativo del personale funebre o dei familiari all'Ufficiale di Stato Civile, consente avviso all'ASL e successivo invio del medico necroscopo.
- *Denuncia delle cause di morte (Modulo Istat)*: redatto da medico di base o medico a conoscenza della storia clinica della persona deceduta, individuando cause iniziali, intermedie e terminali del decesso.
- *Accertamento della morte*: effettuato e redatto dal medico necroscopo nell'intervallo di tempo stabilito, senza il quale non si ottiene il nulla osta alla sepoltura.

del 1910 del Ministero di Grazia e Giustizia e dei Culti, "Istruzioni sulla tecnica medico-legale delle autopsie giudiziarie".

3. I trapianti d'organo

di *Alberto Sella*

1. Introduzione

Per introdurre l'argomento e la normativa nazionale sulle donazioni d'organo pare utile *in primis* qualche approfondimento sul concetto di *dono*.

Dopo i cosiddetti "maestri del sospetto" (Marx, Nietzsche, Freud, Bourdieu ecc.), che ci hanno insegnato a cercare sempre la radice nascosta di ciò che appare in superficie, nel costume sociale odierno, vige l'idea che ad ogni azione generosa corrisponda, per lo più, un ritorno sostanzialmente equivalente. In ogni caso, non si tratta mai di un vero dono, soprattutto se inteso come qualcosa di assolutamente *gratuito* e *unilaterale*. Eppure, proprio oggi, nella nostra società, sembra di poter dire che il dono esista dappertutto. Spesso anche chi si dichiara scettico esercita, in modo discreto e talvolta nascosto, forme di gratuità: ad esempio, prestando servizio di volontariato, assolutamente non retribuito, presso strutture sanitarie, o collaborando con il "Telefono amico" o il "Telefono azzurro", con una rete di competenze e di disponibilità professionali gratuite, o offrendo il proprio tempo a cliniche riabilitative per tossicodipendenti, alla "Croce Rossa", ai "Medici senza frontiere", o impegnandosi nel doposcuola con bambini abbandonati a se stessi, soprattutto nei grandi quartieri popolari delle città ecc.

Il sistema del dono presenta una logica ben più complessa di quella del mercato. Certo, anche il dono si inserisce nel mercato, infatti ciò che viene donato ha anche un valore monetario, solo che non vale tanto quanto costa, ma *per quanto vale il rapporto con la persona* alla quale viene offerto il dono. Si tratta sì di uno scambio, tuttavia non è di tipo mercantile, bensì personale. Così, accanto al "valore d'uso" (in quanto soddisfa un bisogno) e al "valore di scambio" (quanto può essere scambiato con altri valori d'uso tramite l'equivalenza monetaria), dobbiamo ammettere l'esistenza di un "valore di legame" che coincide appunto con il *dono* stesso, in quanto esso vale a creare, mantenere e incrementare il rapporto personale-sociale.

È in quest'ottica che va affrontato il concetto di trapianto, sia da vivente che da cadavere.

2. I trapianti da cadavere

In Italia è attualmente in vigore la legge 1° aprile 1999, n°91, “*Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti*”, da *cadavere* e che riconosce l'attività di prelievo come una terapia efficace (art. 6¹) e che deve essere garantita ai cittadini dal S.S.N. (art. 1²), anche attraverso precisi principi organizzativi che prevedono l'istituzione di un Centro nazionale, della Consulta tecnica permanente, di centri regionali o interregionali per i trapianti (artt. 8-12³). Sono comunque vietati il prelievo di gonadi

¹ Legge 1° aprile 1999, n°91, “*Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti*”, art. 6 (*Trapianto terapeutico*): “1. I prelievi di organi e di tessuti disciplinati dalla presente legge sono effettuati esclusivamente a scopo di trapianto terapeutico. /.../”.

² Legge 91/99, art. 1 (*Finalità*): “1. La presente legge disciplina il prelievo di organi e di tessuti da soggetto di cui sia stata accertata la morte ai sensi della legge 578/93, e regola le attività di prelievo e di trapianto di tessuti e di espanto e di trapianto di organi. - 2. Le attività di trapianto di organi e di tessuti ed il coordinamento delle stesse costituiscono obiettivi del Servizio sanitario nazionale. Il procedimento per l'esecuzione dei trapianti è disciplinato secondo modalità tali da assicurare il rispetto dei criteri di trasparenza e di pari opportunità tra i cittadini, prevedendo criteri di accesso alle liste di attesa determinati da parametri clinici ed immunologici.”

³ Legge 91/99, art. 8 (*Centro nazionale per i trapianti*): “1. È istituito presso l'Istituto superiore di sanità il Centro nazionale per i trapianti, di seguito denominato "Centro nazionale". - /.../ - 5. Per lo svolgimento delle proprie funzioni il Centro nazionale si avvale del personale dell'Istituto superiore di sanità. - 6. Il Centro nazionale svolge le seguenti funzioni: a) cura, attraverso il sistema informativo dei trapianti di cui all'art. 7 la tenuta delle liste delle persone in attesa di trapianto, differenziate per tipologia di trapianto, risultanti dai dati trasmessi dai centri regionali o interregionali per i trapianti, ovvero dalle strutture per i trapianti e dalle aziende unità sanitarie locali, secondo modalità tali da assicurare la disponibilità di tali dati 24 ore su 24; b) definisce i parametri tecnici ed i criteri per l'inserimento dei dati relativi alle persone in attesa di trapianto allo scopo di assicurare l'omogeneità dei dati stessi, con particolare riferimento alla tipologia ed all'urgenza del trapianto richiesto, e di consentire l'individuazione dei riceventi; c) individua i criteri per la definizione di protocolli operativi per l'assegnazione degli organi e dei tessuti secondo parametri stabiliti esclusivamente in base alle urgenze ed alle compatibilità risultanti dai dati contenuti nelle liste di cui alla lettera a); d) definisce linee guida rivolte ai centri regionali o interregionali per i trapianti allo scopo di uniformare l'attività di prelievo e di trapianto sul territorio nazionale; e) verifica l'applicazione dei criteri e dei parametri di cui alla lettera c) e delle linee guida di cui alla lettera d); f) procede all'assegnazione degli organi per i casi relativi alle urgenze, per i programmi definiti a livello nazionale e per i tipi di trapianto per i quali il bacino di utenza minimo corrisponde al territorio nazionale, secondo i criteri stabiliti ai sensi della lettera c); g) definisce criteri omogenei per lo svolgimento dei controlli di qualità sui laboratori di immunologia coinvolti nelle attività di trapianto; h) individua il fabbisogno nazionale di tra-

e dell'encefalo e la manipolazione genetica degli embrioni a scopi di trapianto (art. 3, commi 3 e 4⁴).

Al fine di promuovere la cultura della donazione nella popolazione, la suddetta legge prevede anzitutto la promozione di una adeguata informazio-

pianti e stabilisce la soglia minima annuale di attività per ogni struttura per i trapianti e i criteri per una equilibrata distribuzione territoriale delle medesime; *i*) definisce i parametri per la verifica di qualità e di risultato delle strutture per i trapianti; *l*) svolge le funzioni attribuite ai centri regionali e interregionali per i tipi di trapianto il cui bacino di utenza minimo corrisponde al territorio nazionale; *m*) promuove e coordina i rapporti con le istituzioni estere di settore al fine di facilitare lo scambio di organi. /.../” - art. 9 (*Consulta tecnica permanente per i trapianti*): “1. È istituita la Consulta tecnica permanente per i trapianti, di seguito denominata "Consulta". /.../ - 2. I componenti della Consulta sono nominati con decreto del Ministro della sanità per la durata di due anni, rinnovabili alla scadenza. - 3. La Consulta predispone gli indirizzi tecnico-operativi per lo svolgimento delle attività di prelievo e di trapianto di organi e svolge funzioni consultive a favore del Centro nazionale. /.../” - art. 10 (*Centri regionali e interregionali*): “/.../ 4. Il centro regionale o interregionale ha sede presso una struttura pubblica e si avvale di uno o più laboratori di immunologia per i trapianti per l'espletamento delle attività di tipizzazione tissutale. /.../ - 6. Il centro regionale o interregionale svolge le seguenti funzioni: *a*) coordina le attività di raccolta e di trasmissione dei dati relativi alle persone in attesa di trapianto nel rispetto dei criteri stabiliti dal Centro nazionale; *b*) coordina le attività di prelievo e i rapporti tra i reparti di rianimazione presenti sul territorio e le strutture per i trapianti, in collaborazione con i coordinatori locali di cui all'art. 12; *c*) assicura il controllo sull'esecuzione dei *test* immunologici necessari per il trapianto avvalendosi di uno o più laboratori di immunologia per i trapianti allo scopo di assicurare l'idoneità del donatore; *d*) procede all'assegnazione degli organi in applicazione dei criteri stabiliti dal Centro nazionale, in base alle priorità risultanti dalle liste delle persone in attesa di trapianto di cui all'art. 8, comma 6, lettera *a*); *e*) assicura il controllo sull'esecuzione dei *test* di compatibilità immunologica nei programmi di trapianto nel territorio di competenza; *f*) coordina il trasporto dei campioni biologici, delle *équipes* sanitarie e degli organi e dei tessuti nel territorio di competenza; *g*) cura i rapporti di collaborazione con le autorità sanitarie del territorio di competenza e con le associazioni di volontariato. - 7. Le regioni esercitano il controllo sulle attività dei centri regionali e interregionali sulla base di apposite linee guida emanate dal Ministro della sanità. /.../” - art. 12 (*Coordinatori locali*): “1. Le funzioni di coordinamento delle strutture per i prelievi sono svolte da un medico dell'azienda sanitaria competente per territorio che abbia maturato esperienza nel settore dei trapianti designato dal direttore generale dell'azienda per un periodo di cinque anni, rinnovabile alla scadenza. - 2. I coordinatori locali provvedono, secondo le modalità stabilite dalle regioni: *a*) ad assicurare l'immediata comunicazione dei dati relativi al donatore, tramite il sistema informativo dei trapianti di cui all'articolo 7, al centro regionale o interregionale competente ed al Centro nazionale, al fine dell'assegnazione degli organi; *b*) a coordinare gli atti amministrativi relativi agli interventi di prelievo; *c*) a curare i rapporti con le famiglie dei donatori; *d*) ad organizzare attività di informazione, di educazione e di crescita culturale della popolazione in materia di trapianti nel territorio di competenza. - 3. Nell'esercizio dei compiti di cui al comma 2 i coordinatori locali possono avvalersi di collaboratori scelti tra il personale sanitario ed amministrativo.”

⁴ Legge 91/99, art. 3 (*Prelievo di organi e di tessuti*): “/.../ 3. È vietato il prelievo delle gonadi e dell'encefalo. - 4. La manipolazione genetica degli embrioni è vietata anche ai fini del trapianto di organo.”

ne al riguardo (art. 2⁵), attività questa che vede necessariamente coinvolte le professioni sanitarie, come peraltro previsto in alcuni codici deontologici⁶.

L'analisi della legge deve partire dalla considerazione che in mancanza dell'attivazione del sistema informativo previsto dall'articolo 7 riguardante gli aspetti organizzativi, l'articolo 23⁷ rappresenta la disciplina attualmente applicabile. Ai sensi del primo comma di questo articolo, accertata la morte cerebrale del soggetto (vedi capitolo al riguardo), è consentito il prelievo di organi e tessuti se l'interessato non abbia esplicitamente negato il proprio consenso.

⁵ Legge 91/99, art. 2 (*Promozione dell'informazione*): "1. Il Ministro della sanità, /.../ promuove, nel rispetto di una libera e consapevole scelta, iniziative di informazione dirette a diffondere tra i cittadini: a) la conoscenza delle disposizioni della presente legge/.../ b) la conoscenza di stili di vita utili a prevenire l'insorgenza di patologie che possano richiedere come terapia anche il trapianto di organi; c) la conoscenza delle possibilità terapeutiche e delle problematiche scientifiche collegate al trapianto di organi e di tessuti. - 2. Le Regioni e le Aziende unità sanitarie locali, /.../ adottano iniziative volte a: a) diffondere tra i medici di medicina generale e tra i medici delle strutture sanitarie pubbliche e private la conoscenza delle disposizioni della presente legge, /.../; b) diffondere tra i cittadini una corretta informazione sui trapianti di organi e di tessuti, anche avvalendosi dell'attività svolta dai medici di medicina generale; c) promuovere nel territorio di competenza l'educazione sanitaria e la crescita culturale in materia di prevenzione primaria, di terapie tradizionali ed alternative e di trapianti."

⁶ *Donazione di organi*: CdMC art. 40 - CdInf art. 40.

⁷ Legge 91/99, art. 23 (*Disposizioni transitorie*): "1. Fino alla data di cui all'art. 28, comma 2, è consentito procedere al prelievo di organi e di tessuti da soggetto di cui sia stata accertata la morte ai sensi della legge 578/93, e del decreto del Ministro della Sanità 582/94, salvo che il soggetto abbia esplicitamente negato il proprio assenso. - 2. Nelle ipotesi di cui al comma 1, il coniuge non separato o il convivente *more uxorio* o, in mancanza, i figli maggiori di età o, in mancanza di questi ultimi, i genitori ovvero il rappresentante legale possono presentare opposizione scritta entro il termine corrispondente al periodo di osservazione ai fini dell'accertamento di morte, di cui all'art. 4 del decreto M.S. 582/94. - 3. La presentazione della opposizione scritta di cui al com. 2 non è consentita qualora dai documenti personali o dalle dichiarazioni depositate presso la Azienda unità sanitaria locale di appartenenza, secondo le previsioni del decreto del Ministro della sanità di cui all'art. 5, comma 1, risulti che il soggetto abbia espresso volontà favorevole al prelievo di organi e di tessuti, salvo il caso in cui gli stessi soggetti di cui al comma 2 presentino una successiva dichiarazione di volontà, della quale siano in possesso, contraria al prelievo. - 4. Il Ministro della sanità /.../ promuove una campagna straordinaria di informazione sui trapianti, secondo le modalità previste dall'art. 2, comma 1. - 5. Fino alla data di attivazione del sistema informativo dei trapianti di cui all'art. 7, e comunque non oltre i ventiquattro mesi successivi alla data di entrata in vigore della presente legge, i centri istituiti ai sensi dell'art. 13 della legge 2 dicembre 1975, n°644, ovvero i centri regionali o interregionali di cui all'art. 10 della presente legge, predispongono le liste delle persone in attesa di trapianto secondo criteri uniformi definiti con decreto del Ministro della sanità da emanare, sentito l'Istituto superiore di sanità, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e sono tenuti alla trasmissione reciproca delle informazioni relative alle caratteristiche degli organi e dei tessuti prelevati al fine di garantirne l'assegnazione in base all'urgenza ed alle compatibilità tissutali. /.../".

Lo stesso articolo prosegue attribuendo ai prossimi congiunti del defunto o al suo rappresentante legale il diritto di presentare opposizione scritta al prelievo.

Dunque, in forza dell'articolo 23 è consentito il prelievo di organi a meno che l'interessato (cioè il defunto) non abbia espresso, in vita, il diniego all'assenso, e ciò a prescindere da qualsiasi, preventiva, necessità di informazione. Il professionista sanitario dovrebbe comunicare ai familiari che intende procedere al prelievo di organi e tessuti a scopo di trapianto salvo che intervenga opposizione scritta prima della scadenza del termine di osservazione o risulti che il soggetto in vita avesse espresso dichiarazione di volontà contraria al prelievo.

Giova sottolineare che l'articolo 4⁸, concernente la dichiarazione di volontà in ordine alla donazione, con precise indicazioni anche circa i minori, e che, di fatto, introduce il principio del silenzio/assenso (considerando comunque non donatore colui al quale non sia stata notificata la richiesta di manifestazione della propria volontà in ordine alla donazione di organi e tessuti), prevede un intervento dei parenti del defunto per contrastare la presunzione di consenso al prelievo. Questo articolo è limitato alla presentazione di una dichiarazione di volontà autografa del defunto contraria al

⁸ Legge 91/99, art. 4 (*Dichiarazione di volontà in ordine alla donazione*): "1. Entro i termini, nelle forme e nei modi stabiliti dalla presente legge e dal decreto del Ministro della sanità di cui all'art. 5, com. 1, i cittadini sono tenuti a dichiarare la propria libera volontà in ordine alla donazione di organi e di tessuti del proprio corpo successivamente alla morte, e sono informati che la mancata dichiarazione di volontà è considerata quale assenso alla donazione, secondo quanto stabilito dai com. 4 e 5 del presente articolo. - 2. I soggetti cui non sia stata notificata la richiesta di manifestazione della propria volontà in ordine alla donazione di organi e di tessuti, secondo le modalità indicate con il decreto del Ministro della sanità di cui all'art. 5, com. 1, sono considerati non donatori. - 3. Per i minori di età la dichiarazione di volontà in ordine alla donazione è manifestata dai genitori esercenti la potestà. In caso di non accordo tra i due genitori non è possibile procedere alla manifestazione di disponibilità alla donazione. Non è consentita la manifestazione di volontà in ordine alla donazione di organi per i nascituri, per i soggetti non aventi la capacità di agire nonché per i minori affidati o ricoverati presso istituti di assistenza pubblici o privati. - 4. Fatto salvo quanto previsto dal com. 5, il prelievo di organi e di tessuti successivamente alla dichiarazione di morte è consentito: a) nel caso in cui dai dati inseriti nel sistema informativo dei trapianti di cui all'art. 7 ovvero dai dati registrati sui documenti sanitari personali risulti che il soggetto stesso abbia espresso in vita dichiarazione di volontà favorevole al prelievo; b) qualora dai dati inseriti nel sistema informativo dei trapianti di cui all'art. 7 risulti che il soggetto sia stato informato ai sensi del decreto del Ministro della sanità di cui all'art. 5, com. 1, e non abbia espresso alcuna volontà. - 5. Nei casi previsti dal comma 4, lettera b), il prelievo è consentito salvo che, entro il termine corrispondente al periodo di osservazione ai fini dell'accertamento di morte, di cui all'art. 4 del decreto del Ministro della sanità 582/94, sia presentata una dichiarazione autografa di volontà contraria al prelievo del soggetto di cui sia accertata la morte. - 6. Il prelievo di organi e di tessuti effettuato in violazione delle disposizioni di cui al presente art. è punito con la reclusione fino a 2 anni e con l'interdizione dall'esercizio della professione sanitaria fino a 2 anni."

prelievo; al contrario l'articolo 23 della stessa legge, attraverso l'opposizione, consente ai familiari legittimati di addurre motivazioni proprie (fondate, per esempio, su convinzioni religiose, morali o culturali) per impedire il prelievo. L'articolo 23 garantisce l'interesse dei singoli legittimati, e lascia spazio a qualsiasi valutazione personale di opportunità e di convenienza al prelievo. In caso di conflitto di opinioni tra più legittimati, questo si risolve in favore del coniuge non separato o del convivente *more uxorio* o, in mancanza, dei figli maggiori di età, dei genitori ovvero del rappresentante legale.

È importante ricordare che il *colloquio* di donazione si inserisce in uno spazio particolare: fisico, la struttura sanitaria, e mentale, il vissuto della morte. In tale circostanza i familiari del defunto si trovano in una condizione emotiva di equilibrio precario, connotata da stati confusionali, tra incredulità e disperazione. Attenzione particolare deve essere prestata a non enfatizzare la responsabilità della scelta sui familiari, facendo invece in modo che questi si percepiscano testimoni della volontà del proprio congiunto, anche se non espressamente dichiarata. È, infatti, compito dell'operatore sanitario operante nelle strutture sanitarie accreditate per le attività di trapianto (art. 13⁹) quello di accompagnare e sostenere la famiglia nell'acquisizione della consapevolezza di essere testimoni di una scelta da ricondurre ai valori, ai principi e agli ideali sostenuti in vita dal loro caro (art. 3, comma 1 e 2¹⁰). Va precisato che il personale sanitario che esegue le

⁹ Legge 91/99, art. 13 (*Strutture per i prelievi*): "1. Il prelievo di organi è effettuato presso le strutture sanitarie accreditate dotate di reparti di rianimazione. L'attività di prelievo di tessuti da soggetto di cui sia stata accertata la morte ai sensi della legge 578/93, e del decreto del M.S. 582/94, può essere svolta anche nelle strutture sanitarie accreditate non dotate di reparti di rianimazione. - 2. Le Regioni, /.../ provvedono, ove necessario, all'attivazione o al potenziamento dei dipartimenti di urgenza e di emergenza sul territorio ed al potenziamento dei centri di rianimazione e di neurorianimazione, con particolare riguardo a quelli presso strutture pubbliche accreditate ove, accanto alla rianimazione, sia presente anche un reparto neurochirurgico. - 3. I prelievi possono altresì essere eseguiti, su richiesta, presso strutture diverse da quelle di appartenenza del sanitario chiamato ad effettuarli, nel rispetto delle vigenti disposizioni sulla incompatibilità dell'esercizio dell'attività libero-professionale, a condizione che tali strutture siano idonee ad effettuare l'accertamento della morte /.../".

¹⁰ Legge 91/99, art. 3 (*Prelievo di organi e di tessuti*): "1. Il prelievo di organi e di tessuti è consentito secondo le modalità previste dalla presente legge ed è effettuato previo accertamento della morte ai sensi della legge 578/93, e del decreto del M.S. 582/94. - 2. All'inizio del periodo di osservazione ai fini dell'accertamento di morte ai sensi della legge 578/93, e del decreto del M.S. 582/94, i medici delle strutture di cui all'art. 13 forniscono informazioni sulle opportunità terapeutiche per le persone in attesa di trapianto nonché sulla natura e sulle circostanze del prelievo al coniuge non separato o al convivente *more uxorio* o, in mancanza, ai figli maggiori di età o, in mancanza di questi ultimi, ai genitori ovvero al rappresentante legale. /.../".

operazioni dell'espianto (attività regolamentate all'articolo 14¹¹) deve essere diverso da quello che constata l'avvenuto decesso (art. 18¹²).

Si ricorda inoltre che in Italia, sempre da donatore cadavere, è possibile anche il trapianto di cornee, disciplinato da normativa a sé¹³, ma sostanzialmente sovrapponibile alla precedente.

¹¹ Legge 91/99, art. 14 (*Prelievi*): “1. Il collegio medico di cui all'art. 2, com. 5, della legge 578/93, nei casi in cui si possa procedere al prelievo di organi, è tenuto alla redazione di un verbale relativo all'accertamento della morte. I sanitari che procedono al prelievo sono tenuti alla redazione di un verbale relativo alle modalità di accertamento della volontà espressa in vita dal soggetto in ordine al prelievo di organi nonché alle modalità di svolgimento del prelievo. - 2. I verbali di cui al com. 1 sono trasmessi in copia, a cura del direttore sanitario, entro le 72 ore successive alle operazioni di prelievo, alla regione nella quale ha avuto luogo il prelievo ed agli osservatori epidemiologici regionali, a fini statistici ed epidemiologici. - 3. Gli originali dei verbali di cui al com. 1, con la relativa documentazione clinica, sono custoditi nella struttura sanitaria ove è stato eseguito il prelievo. - 4. Il prelievo è effettuato in modo tale da evitare mutilazioni o dissezioni non necessarie. Dopo il prelievo il cadavere è ricomposto con la massima cura. - 5. Il Ministro della sanità /.../ definisce /.../ i criteri e le modalità per la certificazione dell'idoneità dell'organo prelevato al trapianto. /.../”.

¹² Legge 91/99, art. 18 (*Obblighi del personale impegnato in attività di prelievo e di trapianto*): “1. I medici che effettuano i prelievi e i medici che effettuano i trapianti devono essere diversi da quelli che accertano la morte. - 2. Il personale sanitario ed amministrativo impegnato nelle attività di prelievo e di trapianto è tenuto a garantire l'anonimato dei dati relativi al donatore ed al ricevente. /.../”.

¹³ Legge 12 agosto 1993, n°301, “*Norme in materia di prelievi ed innesti di cornea*”, art. 1 (*Assenso*): “1. La donazione delle cornee è gratuita. È consentito il prelievo delle cornee da cadavere quando si sia ottenuto l'assenso del coniuge non legalmente separato o, in mancanza, dei figli se di età non inferiore a 18 anni o, in mancanza di questi ultimi, dei genitori, salvo che il soggetto deceduto non abbia in vita manifestato per iscritto il rifiuto alla donazione. - 2. Per gli interdetti e per i minorenni l'assenso è espresso dai rispettivi rappresentanti legali”. - art. 2 (*Accertamento della morte mediante mezzi strumentali*): “1. Il prelievo di cui all'art. 1 può essere effettuato previo accertamento della morte per arresto cardiaco irreversibile. - 2. La morte per arresto cardiaco irreversibile è accertata, nelle strutture sanitarie pubbliche e private nonché a domicilio, mediante rilievo grafico continuo dell'elettrocardiogramma protratto per non meno di 20 min. primi. - 3. Il medico che dichiara la morte è tenuto a darne immediata comunicazione al più vicino centro di riferimento per gli innesti corneali di cui all'art. 4.” - art. 3 (*Disposizioni particolari per i prelievi e gli innesti di cornea*): “1. Le operazioni di prelievo della cornea sono effettuate, nel rispetto della salma, nelle strutture sanitarie pubbliche e private nonché a domicilio, da parte di personale medico. - 2. Gli innesti di cornea sono effettuati nelle strutture sanitarie pubbliche e private. Per tali operazioni non è richiesta alcuna autorizzazione particolare.” - art. 4 (*Centri di riferimento per gli innesti corneali*): “1. Le regioni, singolarmente o di intesa tra loro, provvedono all'organizzazione, al funzionamento ed al controllo di centri di riferimento per gli innesti corneali regionali o interregionali. - 2. I centri di cui al comma 1 svolgono i seguenti compiti: a) informazione e propaganda sul territorio; b) organizzazione dei prelievi di cornea; c) deposito e conservazione delle cornee; d) esame, selezione, eventuale trattamento e consegna delle cornee; e) promozione degli innesti corneali; f) promozione della ricerca. /.../”.

FrancoAngeli

e-book

Quota 1500!

Una biblioteca di oltre 1500 titoli* in tutte le discipline: economia, psicologia, sociologia, didattica, storia, filosofia...

Una modalità flessibile ed efficace per accedere subito ai contenuti, per effettuare ricerche mirate, per scorrere rapidamente i testi, per individuare con immediatezza un dato, una citazione, un nome...

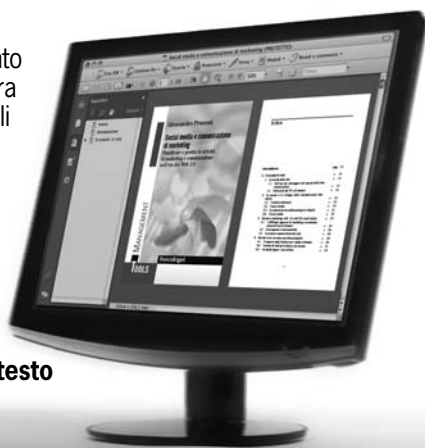
Per la comunicazione scientifica gli e-book presentano ampi vantaggi, facilitandone la diffusione e l'accessibilità.

I lettori possono trovare nelle modalità di scorrimento e di ricerca nel testo delle opportunità per la lettura veloce assolutamente superiori a quelle rinvenibili nel libro a stampa.

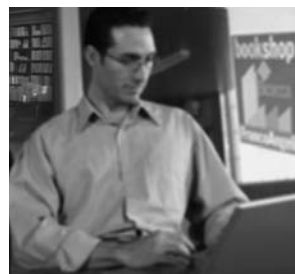
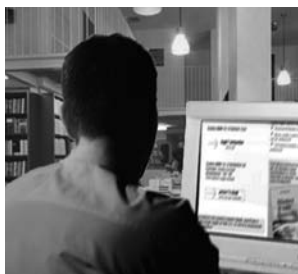
Gli e-book non ingombrano, si archiviano facilmente, sono sempre e subito disponibili.

I nostri e-book adottano la piattaforma Adobe Digital Editions® che consente di gestire le pubblicazioni su più computer (sino a 6), aggiungere segnalibri, evidenziare parti di testo e scrivere commenti...

* aprile 2011



Per saperne di più sull'utilizzo e le forme di acquisto: www.francoangeli.it



**Una nuova dimensione per condividere le conoscenze.
Per l'università e per la professione.**