ASPETTI MEDICO-LEGALI DEL SOCCORSO

Marco Chiaravalli

McGraw-Hill
Milano • New York • Chicago • San Francisco • Lisbon
London • Madrid • Mexico City • New Delhi • San Juan • Seoul
Singapore • Sydney • Toronto

Copyright © 2013

McGraw-Hill Education (Italy), S.r.l.
via Ripamonti, 89 - 20141 Milano
Tel. 02 535718.1 - Fax 02 5397527

McGraw-Hill

A Division of the McGraw-Hill Companies

I diritti di traduzione, di riproduzione, di memorizzazione elettronica e di adattamento totale e parziale con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i paesi.

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della Legge 22 aprile 1941, n. 633.

Le riproduzioni 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 CLEARedi, Corso di Porta Romana 108, Milano 20122, e-mail info@clearedi.org e sito web www.clearedi.org.

Editor: Teresa Massara
Development Editor: Chiara Daelli
Redazione: Paola Comparetti
Produzione: Donatella Giuliani
Stampa: Prontostampa, Verdellino Zingoria (BG)

ISBN 978 88 386 4614-0
1234567890PRSPRS 2018 2017 2016 2015 2014
1a edizione: Gennaio 2013

Indice

Autori IX

Presentazione XI

Ringraziamenti XIII

Abbreviazioni XV

1 Organizzazione del servizio sanitario di emergenza-urgenza 1
Marco Chiaravalli, Umberto Piccolo, Giuliano Zocchi

1.1 Origini e storia del soccorso sanitario 2
1.2 Il D.P.R. 27 marzo 1992 e la legislazione successiva 3
1.3 Attuale assetto organizzativo del sistema sanitario di emergenza-urgenza 4
1.3.1 Le figure sanitarie e non sanitarie coinvolte nel soccorso 7
1.3.2 Le aziende regionali per l'emergenza-urgenza 10
1.4 Rapporti con le Forze dell'Ordine e con i Corpi Tecnici 10
1.5 La defibrillazione precoce 12
1.6 L'elisoccorso 15
1.7 Le maxi-emergenze 16
1.8 La sperimentazione del Numero Unico di Emergenza (NUE) 112 18
1.9 La sperimentazione del Mezzo di Soccorso Infermieristico (MSI) 19
Riferimenti bibliografici 21

2 La responsabilità degli operatori del sistema sanitario di emergenza-urgenza 23
Jutta Maria Birkhoff, Marco Chiaravalli, Nicola Cosentino, Laura Guzzetti
2.1 Inquadramento generale: gli operatori sanitari nel quadro delle professioni intellettuali 24
2.2 La responsabilità penale 25
2.2.1 Struttura del reato e principi costituzionali 25
2.2.2 Gli elementi costitutivi del reato 26
2.2.3 L'antigiuridicità e le cause di giustificazioni o scriminanti 31
2.2.4 La responsabilità omissiva colposa dei sanitari e la posizione di garanzia 33
2.2.5 La responsabilità nell'attività d'équipe 37
2.2.6 La responsabilità dell'infermiere 42
2.3 La responsabilità civile 44
2.3.1 La responsabilità extra-contrattuale 45
2.3.2 La responsabilità contrattuale 45
2.3.3 Obbligazioni di mezzi e obbligazioni di risultato 46
2.3.4 La diligenza 47
2.3.5 Il grado della colpa e la limitazione di responsabilità di cui all'art. 2236 c.c. 48
2.3.6 La responsabilità da contatto sociale 49
2.3.7 La causalità nella responsabilità civile medica 50
2.3.8 Regole di responsabilità, medicina difensiva e assicurazione della responsabilità civile professionale 51
2.4 La responsabilità disciplinare 52
2.5 Rapporti con l'Autorità Giudiziaria 53
Riferimenti bibliografici 58

3 Il soccorritore volontario 61
Marco Chiaravalli, Nicola Cosentino, Laura Guzzetti
3.1 Inquadramento giuridico del soccorritore volontario 62
3.2 Competenze e limiti dell'operato del soccorritore volontario (*con Umberto Piccolo e Giuliano Zocchi*) 66
3.3 Il soccorritore volontario sanitario 66
3.4. Formazione e aggiornamento continuo del soccorritore volontario (*con Umberto Piccolo e Giuliano Zocchi*) 68
Riferimenti bibliografici 70

4 Il personale dell'emergenza-urgenza autore di reato 71
Marco Chiaravalli, Nicola Cosentino, Laura Guzzetti
4.1 Peculato (art. 314 c.p.) e Peculato mediante profitto dell'errore altrui (art. 316 c.p.) 72

2

La responsabilità degli operatori del sistema sanitario di emergenza-urgenza

Jutta Maria Birkhoff, Marco Chiaravalli, Nicola Cosentino, Laura Guzzetti

Il presente capitolo fornisce una panoramica degli aspetti giuridici che riguardano l'attività assistenziale degli operatori del soccorso sanitario e propone una disamina medico-legale degli aspetti normativi di maggiore interesse per coloro che operano in questo settore, del tutto singolare per tipologia di prestazioni e di utenza e per le condizioni operative. Viene enfatizzata l'importanza della comprensione e dell'acquisizione di alcuni concetti cardine del diritto che attribuiscono al soccorritore sanitario, oltre ai doveri assistenziali, precisi oneri giuridici. Attraverso il richiamo e l'interpretazione della normativa vigente, dei principi costituzionali ispiratori e delle norme codificate dal diritto civile e penale, e attraverso l'illustrazione degli orientamenti della dottrina giuridica e l'analisi dei regolamenti disciplinari, viene approfondito il concetto di responsabilità e vengono illustrati gli aspetti giuridicamente rilevanti delle attività connesse con l'emergenza-urgenza extra-ospedaliera. Infine, viene trattato il tema dell'obbligo di comunicazione degli operatori sanitari con l'Autorità Giudiziaria.

Obiettivi di apprendimento

In questo capitolo discuteremo di:

- inquadramento giuridico delle professioni sanitarie;
- responsabilità penale, civile e disciplinare;
- rapporti con l'Autorità Giudiziaria: la denuncia di reato e il referto.

2.1 Inquadramento generale: gli operatori sanitari nel quadro delle professioni intellettuali

Il termine "attività professionale", inteso nella sua accezione giuridica[1] più ampia, identifica quelle attività per il cui esercizio sono richieste particolari conoscenze e abilità, la cui adeguata e corretta applicazione può essere verificata rapportandone la conformità alle regole e conoscenze tecniche proprie di una disciplina o categoria. Ciò che connota l'attività lavorativa svolta da coloro che si trovano a esercitare o operare in ambito sanitario, è il carattere essenzialmente intellettuale delle prestazioni richieste. Al peculiare contenuto scientifico e tecnico delle stesse, richiedenti una specifica formazione professionale, si accompagnano, quali ulteriori elementi qualificanti e imprescindibili, la discrezionalità nella loro esecuzione, l'autonomia decisionale e la responsabilità diretta del proprio operato. Tali profili sono sempre riconoscibili nei pur diversi tipi di rapporti giuridici che regolano il lavoro del professionista. Sia nell'ipotesi di lavoro subordinato – art. 2094 c.c. – caratterizzato dal completo inserimento nella struttura del datore di lavoro e dalla soggezione al potere organizzativo di questi, sia nel rapporto di prestazione d'opera intellettuale – art. 2229 c.c. – caratterizzato invece dall'autonomia organizzativa del professionista, la discrezionalità tecnica quale elemento distintivo della prestazione non è mai in discussione e si riassume nella scelta dei mezzi più adeguati, alla stregua delle conoscenze tecniche e scientifiche ufficialmente approvate, per la cura del paziente.

In Italia, l'esercizio delle professioni intellettuali nell'ambito assistenziale sanitario è regolamentato da precise disposizioni normative che concorrono a identificare non solo le singole figure professionali attinenti alla categoria, ma anche i requisiti fondamentali per l'esercizio stesso della professione. Criteri indispensabili per il riconoscimento di una professione di natura intellettuale risultano essere, oltre che ovviamente l'acquisizione di un titolo di studio specifico, il conseguimento del titolo di abilitazione all'esercizio della professione previo superamento di un esame di Stato, l'iscrizione in appositi albi ed elenchi, tenuti presso gli ordini (o le Associazioni) professionali ai quali lo Stato affida l'accertamento dei requisiti appena citati, in termini sia di esistenza sia di persistenza, nonché il potere disciplinare sugli iscritti per la verifica del comportamento dei singoli sulla scorta di regole di condotta professionale universalmente riconosciute dalla categoria di appartenenza. Emerge quindi, quale aspetto collaterale, una stretta sorveglianza da parte dello Stato, direttamente o indirettamente esercitata, a garanzia del corretto esercizio dell'attività e del decoro del suo svolgimento, condizione resa necessaria o legittimata dall'interesse sociale e dal ruolo stesso all'interno della società di questi professionisti.

I profondi cambiamenti sociali di carattere filosofico, culturale e scientifico, hanno contribuito a mutare in maniera abbastanza radicale la posizione del medico in particolare, ma anche della medicina e di coloro che si occupano di scienze biomediche in

[1] Nel linguaggio legislativo non è contemplata una definizione unica di professione; il termine "attività professionale" è generalmente preferito e applicato in relazione alla tematica o ambito di interesse applicativo.

genere. Vera casta sociale, innalzatasi in virtù delle conoscenze in materia biologica sull'essere vivente e sulla natura umana, la classe medica ha assunto un ruolo privilegiato fondato sull'enfatizzazione dell'essenza etica e morale dell'opera assistenziale prestata e del rapporto confidenziale con i fruitori delle prestazioni, sino ad arrivare a legittimare l'assenza di qualsivoglia responsabilità del medico per fatti avvenuti nell'esercizio della sua attività professionale. Oggi, l'evoluzione della dottrina e della giurisprudenza, sull'onda dei profondi mutamenti sociali, ha voluto spogliare le attività professionali, e quelle mediche in particolare, di questo privilegio, affermando che nessuna attività può svolgersi al di fuori della sfera giuridica e, cioè, di regole di responsabilità.

Nella società moderna, ispirata da istanze egualitarie e permeata da sistemi tendenti a un efficiente controllo sui comportamenti dei singoli, ogni individuo è chiamato a rispondere dei risultati dei propri comportamenti messi a confronto con quanto si identifica con la condotta ideale da seguire, convenzionalmente identificata. Tali regole condivise e codificate, facenti parte dell'ordinamento giuridico, individuano e sanzionano in modo specifico e preciso tutte quelle condotte difformi da esse, per definizione antigiuridiche, affidando ad appositi apparati la funzione di garantirne l'osservanza.

Ne risulta che anche il professionista è soggetto alla valutazione del proprio operato in termini di conformità alle regole di condotta dettate dall'ordinamento e, dunque, alla responsabilità. Nel campo del diritto, responsabilità professionale significa *"una adesione cosciente, attiva e partecipata alle regole di condotta tecnica (linee guida) e relazionale, assunzione seria e convinta del complesso onere dei doveri professionali, consapevolezza di poterne rispondere in sede penale, civile e disciplinare*[2]*"*.

Secondo la definizione formulata dal Barni, elementi di responsabilità sono da ravvisarsi ogni qualvolta il professionista non espleti la propria attività secondo le regole dell'arte, ovvero ogni qualvolta regole e indicazioni tecniche elaborate dalla applicazione delle nozioni scientifiche e attraverso l'esperienza applicativa, vengono disattese dando luogo a un evento rilevante sotto il profilo del diritto penale, civile o delle norme deontologiche.

2.2 La responsabilità penale

2.2.1 Struttura del reato e principi costituzionali

Il Diritto Penale è quel complesso di norme di diritto pubblico attraverso le quali lo Stato individua e vieta determinate condotte (illeciti penali o reati), ritenute dannose nei confronti della società, collegando alla violazione del divieto l'applicazione di una peculiare sanzione (pena).

[2] BARNI M. (2009), p. 329.

Nella definizione del reato, tre sono i principi cardine[3] che contribuiscono alla sua e-nucleazione: il **principio di materialità**, in base al quale non può esservi reato se la volontà criminosa non si materializza in un comportamento esterno, escludendosi che il reato possa consistere in un atteggiamento volontario meramente interno o in un'intenzione meramente dichiarata o, ancora, in un modo di essere della persona (la carta costituzionale esprime tale concetto nell'art. 25, comma 2, ove parla di "fatto commesso"); il **principio di offensività**, in forza del quale la sanzione penale si giustifica e trova la sua legittimazione solo in presenza di un comportamento idoneo a ledere determinati beni protetti dall'ordinamento quali, per esempio, la vita e l'integrità personale, intesa in senso sia fisico sia morale, il patrimonio, l'ambiente naturale e il paesaggio ecc. (la tutela penale di determinati beni deve quindi trovare aggancio nel riconoscimento costituzionale di essi, rinvenibile nelle diverse norme costituzionali che li riguardano, tra le quali, per la sua centralità, devono citarsi almeno gli artt. 2 e 13 Cost., posti a presidio dei diritti fondamentali della persona e, particolarmente, della libertà personale); il **principio di colpevolezza**, secondo cui la responsabilità penale può essere imputata a un determinato soggetto solo in quanto il fatto di reato sia a lui riferibile sotto il profilo soggettivo (espresso dall'art. 27, comma 1, Cost., secondo cui la responsabilità penale è personale).

2.2.2 Gli elementi costitutivi del reato

Nella struttura del reato si individuano tre elementi costitutivi essenziali, speculari ai principi appena ricordati: l'elemento materiale-oggettivo, il nesso di causalità e l'elemento psicologico-soggettivo. Perché si possa riconoscere la responsabilità, è sempre necessario verificare la sussistenza di tutti e tre gli elementi costitutivi del reato, tenendo peraltro conto che non in tutti i reati si riconosce l'esistenza di una condotta e di un evento naturalistico, essendovi reati di mera condotta, in cui non si configura alcun evento e che non pongono, pertanto, problemi inerenti al rapporto di causalità tra condotta ed evento.

L'**elemento materiale-oggettivo**: si compone della **condotta** (ovvero il comportamento umano, attivo o omissivo), dell'**evento** (ovvero l'effetto scaturito dalla condotta, che si caratterizza per la rilevanza giuridica, in quanto determina un danno ledendo o mettendo in pericolo un bene o interesse legalmente tutelato) e del **rapporto causale** che lega la condotta con l'evento[4].

Il **nesso di causalità**: in generale, l'attribuibilità di un evento a una determinata persona, sotto il profilo oggettivo, necessita dell'esistenza di un nesso di causalità tra la condotta, attiva o omissiva, e l'evento. Poiché la produzione dell'evento può scaturire dalla presenza di una pluralità di condizioni, occorre stabilire, caso per caso, se la

[3] FIANDACA G. E MUSCO E. (2010); MANTOVANI F. (1992).

[4] c.p., art. 40, Rapporto di causalità: *"Nessuno può essere punito per un fatto previsto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende l'esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione. Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo"*.

condotta esaminata possa ritenersi causalmente efficiente alla verificazione dell'evento. La dottrina e la giurisprudenza hanno elaborato differenti modelli ricostruttivi del nesso di causalità.

Per saperne di più

Secondo la tradizionale **teoria condizionalistica**, o teoria dell'equivalenza delle cause (*conditio sine qua non*), deve intendersi come causa qualsiasi fatto antecedente che ha prodotto un determinato evento. In altri termini, è causa ogni condizione necessaria, ossia ogni fatto la cui presenza è stata indispensabile per il verificarsi dell'evento. Per accertare l'esistenza del nesso condizionalistico si utilizza il procedimento di eliminazione mentale: è causa ogni fatto che, se eliminato, fa venire meno l'evento. Questa concezione del rapporto causale, del tutto idonea a spiegare la dinamica causale dei fatti più comuni dell'esperienza quotidiana, entra in crisi in quanto non riesce a spiegare, da sola, il perché, in assenza dell'azione, l'evento non si sarebbe verificato e presuppone la preventiva conoscenza (rinvenibile, appunto, nei casi ricorrenti più comuni) dei rapporti di derivazione tra fatti e loro conseguenze. Il modello condizionalistico ha pertanto conosciuto un processo di raffinazione evolvendosi nella **teoria condizionalistica orientata secondo il modello della sussunzione sotto leggi scientifiche**, secondo la quale l'accadimento particolare va spiegato in base a una legge generale di copertura, ossia a una legge scientifica. In alcuni casi, tale legge è universale, in quanto a un evento si accompagna sempre un altro evento quale conseguenza del primo. In altri casi, più frequenti, non può che essere statistica: a un certo evento si accompagna un altro evento in un'elevata percentuale di casi. L'evento, cioè, è solo probabile, sia pure in misura notevole. Ciò in quanto il progresso scientifico non permette, allo stato attuale della sua evoluzione, di spiegare con leggi universali tutte le molteplici condizioni necessarie alla produzione di un determinato evento. L'accertamento del nesso causale comporta il ricorso (nella maggior parte dei casi) a leggi statistiche e, quindi, avrà carattere probabilistico. Pertanto, nelle ipotesi in cui non si possiedono conoscenze complete sul meccanismo di produzione del fenomeno, la spiegazione statistica può condurre all'individuazione di un nesso causale penalmente rilevante, sulla base degli elementi di prova raccolti, ma a condizione che sia verificato un alto grado di probabilità di verificazione dell'evento[5]. Anche la **teoria della causalità adeguata** fornisce un ulteriore modello di spiegazione causale correttivo rispetto a quello condizionalistico tradizionale, da cui prende le mosse. Essa si prefigge lo scopo di selezionare, tra i diversi antecedenti causali, quelli realmente rilevanti in sede penale e di escludere quelli che si configurano come anomali rispetto a un decorso causale tipico. Per conseguire tale obiettivo, identifica la causa nella condizione adeguata e necessaria a produrre l'evento, quando questo ne rappresenti una conseguenza normale secondo il criterio della probabilità, sulla base dell'*id quod plerumque accidit*. Più precisamente, per accertare l'esistenza del nesso causale, si deve formulare un giudizio probabilistico *ex ante* rispetto al caso specifico. La sussistenza del rapporto causale è, pertanto, esclusa quando nella serie causale siano intervenuti fattori indipendenti di per sé idonei a determinare l'evento. Il rapporto di causalità sussiste, allora, tutte le volte in cui non sia improbabile che l'azione produca l'evento. Secondo la **teoria della causalità umana**, che può considerarsi una variante della teoria della causalità adeguata, solo gli eventi che rientrano nella sfera di controllo dell'individuo sono considerati conseguenze della sua condotta. In altri termini, i risultati che l'uomo può dominare sono causati

[5] FIANDACA C. E MUSCO E. (2010), p. 179 e segg.

dall'uomo stesso, pertanto l'azione umana rappresenta la condizione necessaria alla determinazione dell'evento e il rapporto causale può dirsi escluso solo qualora fatti eccezionali, sopravvenuti, autonomi e indipendenti, che hanno una probabilità minima di verificarsi e che sfuggono alla genesi e al controllo dell'uomo, si inseriscono nella catena causale, e sono da soli in grado di determinare l'evento. Infine, un accenno merita l'elaborazione della **teoria dell'imputazione obiettiva dell'evento** la quale, anch'essa impegnata nello sforzo di temperare le conseguenze eccessivamente meccanicistiche della teoria condizionalistica, vuole porre un limite alla rilevanza causale degli antecedenti del fatto (potenzialmente infiniti), selezionando quelli soggetti al potere di controllo dell'uomo e attribuendo rilevanza penalistica solo a quelli idonei ad aumentare la probabilità di verificazione dell'evento dannoso portandola oltre il limite del rischio socialmente consentito. Il codice penale vigente accoglie, alla base delle norme disciplinanti il rapporto di causalità, la teoria condizionalistica, come evidenziato dalla formulazione letterale dell'art. 40, comma 1, c.p. e dell'art. 41, comma 1, c.p., ove si afferma il principio dell'irrilevanza delle cosiddette concause, sopravvenute, preesistenti o concomitanti, anche se indipendenti dalla condotta dell'agente, sempre inidonee a escludere il nesso causale. Il terzo comma dell'art. 41 c.p. sembra recepire l'esigenza di delimitazione della serie causale e di selezione, in chiave correttiva del criterio meramente condizionalistico, dei fattori causali penalmente rilevanti, laddove afferma che le cause sopravvenute da sole sufficienti a produrre l'evento escludono il rapporto di causalità.

L'**elemento psicologico-soggettivo**: costituito dall'atteggiamento psicologico del soggetto che volontariamente e coscientemente (manifestazione di volontà) sceglie di mettere in atto una condotta, ritenuta idonea al raggiungimento dello scopo prefissato, contraria a una norma giuridica. L'elemento psicologico del soggetto agente assume un valore fondamentale per l'attribuzione, sotto il profilo soggettivo, della responsabilità. Perché siano applicabili le pene previste dalla sanzione penale occorre infatti che la realizzazione dell'evento antigiuridico possa essere rimproverata al soggetto agente, valutando in particolare il concorso della volontà dell'autore del reato (la dottrina giuridica parla di colpevolezza). L'art. 42 c.p. recita *"Nessuno può essere punito per un'azione od omissione preveduta dalla legge come reato, se non l'ha commessa con coscienza e volontà"*, ossia se la sua condotta non gli "appartenga" in quanto frutto di un impulso volontario ovvero, quantomeno, dominabile e coercibile attraverso uno sforzo del volere. I commi successivi della norma delineano i diversi criteri di imputazione soggettiva della responsabilità, individuandoli nel dolo e nella colpa. *"Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come delitto, se non l'ha commesso con dolo, salvo 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..."*.

L'articolo seguente (art. 43 c.p.), rubricato sotto la dizione "elemento psicologico del reato", definisce quali elementi contribuiscono a caratterizzare l'aspetto della determinazione del libero arbitrio, della volontà di agire.

In particolare, *"il delitto è **doloso, o secondo l'intenzione**, quando l'evento dannoso o pericoloso... è dall'agente preveduto e voluto come conseguenza della propria azione o omissione"*. Il dolo, dunque, si configura quando l'evento che si verifica, causalmente riconducibile alla condotta dell'agente, è oggetto di rappresentazione mentale e di volizione da parte dell'agente medesimo. Tra i reati dolosi si possono di-

stinguere quelli caratterizzati da **dolo intenzionale** (o diretto), nei quali il soggetto agisce (o omette di agire) proprio con l'intenzione di determinare l'evento che si verifica, e quelli caratterizzati da **dolo eventuale** (o indiretto), nei quali il soggetto non ha agito con l'intenzione specifica di determinare l'evento, ma ha comunque coscientemente accettato l'eventualità che l'evento potesse realizzarsi.

Reato doloso

Essendo improbabile che un delitto venga commesso con coscienza e volontà dal soccorritore sanitario, a scapito del soggetto soccorso, quale modello esemplificativo si consideri il caso di un omicidio (art. 575 c.p.) compiuto da un soggetto che si reca in un'armeria e compra un revolver, poi si reca presso un'abitazione e spara alla testa a chi vi abita, uccidendolo. In questo specifico caso è chiaramente possibile ravvisare la sussistenza dell'elemento psicologico che connota la volontarietà dell'azione lesiva: il soggetto agente si procura appositamente l'arma per compiere il delitto e raggiunge la vittima allo scopo di commettere il reato. Esempi più strettamente pertinenti all'attività di assistenza e soccorso sanitario di reato doloso sono la rivelazione del segreto professionale (art. 622 c.p.), i reati di falso e l'omissione di soccorso (art. 593 c.p.) discussi nel dettaglio nel testo.

Nel delitto **preterintenzionale, o oltre l'intenzione,** *"dall'azione od omissione deriva un evento dannoso o pericoloso più grave di quello voluto dall'agente"*. L'azione messa volontariamente in atto determina un evento antigiuridico di maggiore gravità rispetto a quanto si voleva conseguire[6].

Il delitto si definisce **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"*. L'essenza della colpa può *"ravvisarsi nel rimprovero al soggetto per avere realizzato, involontariamente ma pur sempre attraverso la violazione di regole doverose di condotta, un fatto di reato, che egli poteva evitare mediante l'osservanza, esigibile, di tali regole"*[7]. Chi agisce, cioè il soggetto attivo del reato, non solo non vuole (manca cioè la volontà di determinare l'evento), ma nemmeno considera l'evento come possibile o probabile conseguenza (manca cioè l'elemento rappresentativo delle conseguenze) della propria condotta.

---

[6] Il soggetto agisce con l'intenzione (quindi con il dolo) di provocare delle lesioni alla vittima, ma è chiamato a rispondere dell'eventuale evento più grave verificatosi, cioè la morte della vittima. Si pensi all'esempio delle lesioni personali messe in atto su un soggetto che, colpito, perde l'equilibrio, batte violentemente la testa a terra e muore. In questo caso l'autore delle lesioni è chiamato a rispondere di omicidio preterintenzionale, dal momento che l'evento iniziale (cioè l'intento di ledere, previsto e voluto) ha determinato un evento finale (la morte, comunque ipotizzabile come conseguenza delle proprie azioni, anche se non voluta) più grave rispetto a quanto voluto dal soggetto attivo.

[7] MANTOVANI F. (1992), p. 339.

La colpa si caratterizza dunque per la presenza di un requisito negativo (assenza di volontà) e di un requisito positivo, rappresentato dal contrasto tra la condotta concreta dell'agente e il modello di condotta imposto dalle regole di diligenza, prudenza o perizia. La **negligenza** identifica ciò che si discosta da quel livello di attenzione e scrupolosità e si traduce in scarso impegno, superficialità, trascuratezza. L'**imprudenza** è sinonimo di avventatezza e identifica la mancata ponderazione delle circostanze e delle conseguenze della propria condotta. L'**imperizia** identifica una carente preparazione teorica o abilità esecutiva. Imperizia, imprudenza e negligenza caratterizzano la colpa generica, mentre l'inosservanza di norme di comportamento puntuali, contenute in leggi, regolamenti, ordini o discipline, integra la colpa cosiddetta specifica. Ciò che rappresenta il *continuum* nella caratterizzazione del concetto di colpa è la funzione cautelare che accomuna tutte le regole di condotta di cui si è detto, ovvero la loro idoneità a ridurre la possibilità di concretizzarsi di un evento dannoso o pericoloso. La condotta esente da censure è, pertanto, la condotta da seguirsi al fine di riconoscere la possibilità del verificarsi del reato e di evitarne la concreta verificazione. Il concetto di prevedibilità ed evitabilità dell'evento costituisce, così, il cardine della responsabilità per colpa.

In tema di reati colposi, è possibile caratterizzare ulteriormente la colpa in: a) **colpa incosciente**, quando mancano completamente sia la volontà sia la rappresentazione delle conseguenze del proprio agire (l'evento non è stato in alcun modo previsto dal soggetto attivo); b) **colpa cosciente** (altrimenti detta "colpa con previsione"), che si configura quando il soggetto, pur non volendo determinare l'evento, si è comunque reso conto delle possibili conseguenze della propria condotta e, proprio nonostante questa coscienza delle conseguenze possibili, ha comunque messo in atto la condotta[x], sottovalutando il rischio a essa connesso ed escludendo imprudentemente la verificazione dell'evento lesivo.

Reato colposo

È la forma di reato di maggiore interesse per gli operatori sanitari. Si pensi al caso del mancato utilizzo del defibrillatore, disponibile, durante una competizione sportiva, ovvero la mancata/non corretta adesione ai protocolli di soccorso e dunque la messa in atto di una non idonea procedura rianimatoria che determini la morte del soggetto soccorso (colpa per negligenza e inosservanza di protocolli, giuridicamente inquadrabili come "ordini o discipline"). O ancora si ipotizzi il caso di un rianimatore che effettui una manovra di

[x] Alla luce di quanto appena affermato, appare evidente come il confine tra il dolo eventuale (quando cioè il soggetto non agisce con l'intenzione di determinare l'evento, ma accetta l'eventualità che questo possa verificarsi, pur avendo agito con l'intenzione di determinare un evento diverso) e la colpa cosciente (quando cioè l'evento è stato previsto, ma non voluto) sia estremamente labile. In ogni caso, nel dolo eventuale, il soggetto attivo, pur non volendo determinare l'evento diverso e più grave, accetta la possibilità che questo possa verificarsi; nella colpa cosciente, il soggetto attivo, pur consapevole della possibilità che l'evento si possa verificare, non accetta l'eventualità che esso si verifichi o agisce con l'erronea convinzione di poter comunque evitare che esso si verifichi in concreto.

intubazione non corretta, posizionando il tubo endotracheale in esofago (imperizia) senza accorgersene, e che dalla infruttuosa attività rianimatoria derivi il decesso del soggetto.
Colpa cosciente: incidente del traffico provocato da un guidatore che a tutta velocità attraversa un incrocio a semaforo rosso. L'intento del soggetto non è provocare l'incidente, nonostante la consapevolezza della possibilità del suo verificarsi; scegliendo di sfrecciare ad alta velocità e di contravvenire alla segnalazione semaforica egli ha però sottostimato la probabilità che ciò accadesse.Colpa incosciente: bambino, lasciato solo in una stanza dal genitore, che precipita dalla finestra dopo essersi arrampicato sul davanzale. Certamente il genitore non voleva provocare il decesso del figlio e non poteva immaginare che il bambino riuscisse a raggiungere il davanzale, sporgersi e cadere.

2.2.3 L'antigiuridicità e le cause di giustificazioni o scriminanti

L'**antigiuridicità** esprime l'offensività del reato rispetto a quei beni giuridici in funzione della cui tutela si giustifica la reazione sanzionatoria dello Stato. In determinate situazioni, il reato colpisce beni giuridici rispetto ai quali l'ordinamento reputa prevalenti beni e interessi diversi, con i primi confliggenti, autorizzando il compimento di un determinato fatto, astrattamente qualificabile come reato.

Le cosiddette cause di giustificazione o scriminanti codificano appunto tali situazioni, escludendo la sussistenza del reato. Si tratta dell'adempimento di un dovere, dell'esercizio di un diritto, del consenso dell'avente diritto, della legittima difesa, dello stato di necessità.

Per saperne di più

Un esame più analitico delle diverse scriminanti appare opportuno per la loro rilevanza in campo medico: Il **consenso dell'avente diritto** (art. 50 c.p.): il soggetto titolare di un bene disponibile acconsente che il soggetto agente possa attuare una determinata condotta per ottenere un effetto (è necessario chiarire che l'integrità psico-fisica, la salute e la vita, pur essendo beni personalissimi, non sono considerabili beni disponibili). L'**adempimento di un dovere** (art. 51 c.p.): non è punibile colui che determina un evento identificabile come reato se tale fatto è commesso per adempiere a un dovere imposto da una legge o da un ordine dell'Autorità Pubblica (Autorità Giudiziaria). L'**esercizio di un diritto** (art. 51 c.p.): l'evento dannoso o pericoloso si determina perché l'agente adotta un comportamento per tutelare o esercitare un diritto proprio (concetto di prevalenza dell'interesse personale, che deve riguardare un diritto soggettivo, trarre origine da determinazioni legislative, siano esse normative o pronunce giudiziarie, ovvero da condizioni contrattuali). Lo **stato di necessità** (art. 54 c.p.): *Non è punibile chi ha commesso il fatto per salvare sé o altri da un 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".* Perché questa esimente possa trovare applicabilità occorre dunque che ci sia una concreta situazione di pericolo (incipiente) il cui verificarsi non dipenda dal soggetto agente e che non sia altrimenti evitabile, che il danno alla persona potenzialmente verificabile sia di evidente gravità (pregiudizio per un bene personale-indisponibile) e che vi sia proporzionalità tra la situazione di pericolo e il fatto costituente in ipotesi reato. È il caso, per esempio e semplificando molto, delle situazioni in cui, per soccorrere una vittima, sia necessario forzare la porta di ingresso di un'abitazione (la violazione del domicilio è un

reato, la violazione compiuta dai soccorritori, siano essi sanitari o facenti parte dei corpi tecnici, si configura comunque, ma viene meno la punibilità per avere agito *"per salvare altri da un pericolo attuale di un danno grave alla persona"*). Situazioni simili sono rappresentate, ancora, dalla non punibilità dei soccorritori per i danni alle cose compiuti durante il soccorso (tagliare vestiti per avere accesso al corpo, involontaria rottura di oggetti nella casa della persona soccorsa ecc.), sino a giudicare non punibile la condotta del soccorritore che, in condizioni di estremo pericolo, decida di non sacrificare la propria vita nel tentativo di soccorrere quella altrui (si pensi, per esempio, al soccorso prestato al conducente di un'autovettura, incastrato nell'abitacolo deformato del mezzo, con un contestuale incendio: l'obbligo di prestare soccorso trova, come contropartita, il diritto di preservare la propria vita). La **legittima difesa** (art. 52 c.p.): la condotta è indispensabile per difendere sé stessi da una minaccia attuale di pericolo o danno ingiusto, proporzionata al grado di difesa attuato.

Nell'esercizio dell'attività medico-chirurgica, si riconduce al consenso dell'avente diritto il compimento di atti lesivi vantaggiosi per la salute del soggetto, con l'unico limite della proporzione tra il prevedibile vantaggio e il prevedibile danno del trattamento terapeutico, in un'ottica di bilanciamento tra rischi e benefici, in relazione al principio dell'indisponibilità dei beni della vita e dell'integrità fisica, di cui agli artt. 32 Cost. e 5 c.c.[9]. Il principio del consenso è, cioè, fondante la liceità del trattamento medico, anche in relazione all'intervento in situazioni di urgente necessità di praticare terapie salvifiche, ove (secondo l'opinione tradizionale) occorre un consenso almeno presunto, nei casi di incapacità materiale del soggetto a esprimerlo per deficit psichico o fisico.

Per saperne di più

Deve essere poi sottolineato che sussistono alcune condizioni previste dal diritto in cui è possibile escludere ogni forma di responsabilità da parte del soggetto agente. Il c.p. identifica all'art. 45 alcune situazioni scusanti la colpevolezza: a) **caso fortuito** (non è punibile chi ha commesso il fatto per caso fortuito): ovvero un avvenimento imprevedibile, che si verifica in modo eccezionale e improvvisamente si inserisce nella catena causale determinando così un evento che non si può evitare; b) **forza maggiore**: accadimento determinato da agenti naturali o da terzi, imprevedibilmente inevitabile, abnorme, che costringe l'agente ad attuare una determinata condotta contro la sua volontà; c) **violenza fisica**: il soggetto agente è obbligato a mettere in atto una condotta contro la sua volontà poiché costretto con la forza da un altro individuo; d) **errore sul fatto**: la scelta della condotta è condizionata da una falsa rappresentazione di una situazione.

[9] MANTOVANI F. (1992), p. 263.

2.2.4 La responsabilità omissiva colposa dei sanitari e la posizione di garanzia

Tema di eccezionale importanza nell'ambito della responsabilità dei professionisti sanitari e, in particolare, per coloro che operano nel settore dell'emergenza-urgenza, è quello del reato omissivo, con il quale si incrimina il mancato compimento di atti positivi (interventi e trattamenti terapeutici, esecuzione di diagnosi ecc.) causalmente idonei a evitare un evento infausto (il peggioramento della patologia in atto o, addirittura, la morte del paziente).

L'art. 40 c.p., dispone al comma 2 che *"non impedire l'evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo"*, ponendo un principio di equivalenza dell'omissione alla condotta attiva.

Il reato omissivo conosce una forte diffusione parallelamente al progressivo incremento degli obblighi di agire muniti di rilevanza penale, tipico di sistemi giuridici e sociali, quali il nostro, improntati da tendenze solidaristiche che rivelano l'insufficienza di un diritto penale tradizionale limitato alla sanzione della violazione di obblighi di astenersi da condotte commissive lesive dei diritti altrui.

Accanto a reati omissivi (cosiddetti propri) consistenti nel mancato compimento di un'azione doverosa (quali, per esempio, l'omissione di soccorso, art. 593 c.p., l'omessa denuncia o omesso referto, artt. 361, 362 e 365 c.p., l'omissione di atti d'ufficio, art. 328 c.p.) nei quali, difettando un evento in senso naturalistico (si tratta di reati di mera condotta), non si pone un problema di causalità, si delineano i reati omissivi consistenti nella violazione dell'obbligo di impedire un evento tipico determinato. Tale obbligo di impedimento dell'evento presuppone l'individuazione di una posizione cosiddetta di garanzia, definita come *"uno speciale vincolo di tutela tra un soggetto garante ed un bene giuridico, determinato dall'incapacità (totale o parziale) del titolare a proteggerlo autonomamente*[10]*"*. Solo quando la legge, o le normative regolamentari (di rango subordinato) ovvero il contratto o semplicemente il mero "contatto sociale" e la particolare vicinanza di situazioni soggettive di debolezza e necessità di cura e assistenza, lo impongono, un determinato soggetto può ritenersi titolare di una posizione giuridica di garanzia e obbligato a intervenire e ad agire al fine di impedire il verificarsi di eventi dannosi. In ambito sanitario, la natura assistenziale e protettiva delle prestazioni richieste in favore di soggetti, quali i pazienti, in condizioni di debolezza, permette un'agevole individuazione delle ipotesi in cui i singoli operatori vengano ad assumere la posizione di garanti, cioè di soggetti ai quali viene affidata la protezione dell'incolumità e della salute fisica e psichica del paziente, ai quali l'ordinamento impone di agire al fine di evitare il verificarsi di eventi lesivi di quei beni (vita, salute ecc.).

La dottrina giuridica ha individuato proprio nell'incapacità di idonea salvaguardia del titolare del bene stesso il presupposto dell'affidamento della protezione del bene a un soggetto garante, in grado di offrire protezione (posizione di preservazione) dalle minacce all'integrità del bene giuridicamente tutelato o di controllo (posizione di neutralizzazione) dalle fonti di pericolo.

---

[10] FIANDACA G. E MUSCO E., p. 448.

Nell'ipotesi di violazione di uno specifico obbligo di azione e intervento, al quale è tenuto il professionista sanitario nello svolgimento delle sue funzioni, poiché il medico ha nei confronti del paziente un ruolo di garanzia rispetto al bene "salute" (bene protetto dalla Costituzione all'art. 32), si configura una fattispecie di reato omissivo improprio.

Per saperne di più

La Corte di Cassazione Penale (Cass. Pen., Sez. IV, Sentenza 28 ottobre 2004, n. 46586) ha stabilito che, al fine di configurare la posizione di garanzia del medico è sufficiente che si sia instaurato un rapporto sul piano terapeutico tra paziente e medico, dunque anche al di fuori di un rapporto di natura contrattuale. Nello stesso senso, Cass. Pen., Sez. IV, Sentenza 7 dicembre 2000, n. 12781 ha affermato che l'individuazione della titolarità di una posizione di garanzia da parte di un medico nei confronti di un paziente non è subordinata alla presenza di rapporti giuridici con la struttura sanitaria ma all'effettivo esercizio dell'attività svolta, anche per atto di volontaria determinazione, che comporti conseguentemente l'assunzione degli obblighi connessi a quella posizione, direttamente scaturenti dalle funzioni di fatto esercitate. La Corte di Cassazione ha altresì stabilito che gli operatori di una struttura sanitaria, medici e paramedici, sono tutti *ex lege* portatori di una posizione di garanzia espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex artt. 2 e 32 Cost., nei confronti dei pazienti la cui salute devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità (Cass. Pen., Sez. IV, Sentenza del 2 marzo 2000, n. 9638). Vale a dire che quanto imposto dalla Costituzione vincola in una posizione di garanzia tutti gli operatori sanitari impegnati a svolgere la propria attività nei confronti dei pazienti, per tutto il tempo in cui essi si trovano a essere operativi (turno lavorativo). L'ampiezza della posizione di garanzia risulta notevolmente estesa, con conseguente estensione della durata temporale e del contenuto del dovere d'agire del medico. Una recente sentenza della Corte di Appello di Milano[11] ha allargato i confini del concetto di trattamento medico includendovi anche il trattamento farmacologico, l'attività diagnostica e lo stesso ricovero ospedaliero, la cui durata rientra nella responsabilità del professionista medico che, pertanto, potrebbe essere chiamato a rispondere del ricovero protratto senza necessità qualora dallo stesso sia scaturito un evento lesivo. Lo stesso trattamento chirurgico non esaurisce il contenuto del dovere di protezione del garante: il chirurgo,

[11] Corte di Appello di Milano, Sez. II, Sentenza n. 369/2006 "*... il concetto di trattamento medico... non può essere ridotto all'atto chirurgico... ma va esteso a qualsiasi atto che coinvolga la persona del paziente nella sua dimensione personale, sia fisica che psichica... In altri termini, se nella relazione giuridica che si instaura tra medico e paziente il riferimento normativo fondamentale è costituito dal diritto alla salute e dalla libertà personale del paziente stesso, il concetto di trattamento medico sarà tanto ampio quante sono le estrinsecazioni di quel diritto e di quella libertà. E comprenderà tutti gli atti e le decisioni, che con quel diritto e con quella libertà interferiscono ad opera del medico. Potrà, quindi, trattarsi di atti chirurgici, di trattamenti farmacologici, di attività diagnostica e di tutto quanto si svolge in un contesto medico... anche il ricovero ospedaliero rientri nel concetto ampio di trattamento medico, quale condizione ambientale ritenuta necessaria per lo svolgimento dell'attività di diagnosi e cura... da ciò discende che il ricovero ospedaliero, al pari di ogni altro trattamento, deve rispondere a corretti criteri di indicazione medica, e deve quindi essere il risultato di una valutazione bilanciata tra i benefici attesi... e i noti rischi connessi*".

infatti, resta soggetto anche successivamente all'esecuzione dell'intervento a doveri di controllo e monitoraggio durante tutta la fase del decorso post-operatorio.

In linea con l'impostazione delineata dalle sopra riportate sentenze, si precisa che, terminato il **turno lavorativo**, non vengono nell'immediatezza a cessare i presupposti per l'attribuzione delle responsabilità come significate dall'art. 40 del c.p. Gli obblighi di protezione e l'affidamento del paziente si protraggono, infatti, fino a quando permanga quella situazione di debolezza e bisogno che ne ha richiesto l'intervento. Il **passaggio di consegne** ad altri colleghi assume pertanto un profilo di possibile criticità, potendo ritenersi cessato il dovere di protezione solo quando l'affidamento al collega sia avvenuto in modo completo, escludendo possibili momenti di carenza di adeguata assistenza medica. Tale incombenza, ricorrente a fine turno, impone obblighi sia per chi cede l'incarico, il quale deve assicurarsi di fornire tutte le informazioni utili e in modo adeguato per la gestione efficace del paziente, sia per il destinatario, il quale deve assumere e recepire le corrette e idonee notizie per pianificare ed eseguire la prestazione assistenziale.

Nel reato omissivo colposo, statisticamente il più frequente in ambito medico-sanitario, la causalità, si atteggia in modo del tutto peculiare e assume una dimensione particolarmente critica in quanto, mentre nel reato commissivo si individuano agevolmente sul piano naturalistico i termini da porre in relazione sotto il profilo causale (condotta positiva ed evento che ne costituisce la conseguenza), in questa fattispecie difetta l'azione essendosi in presenza, piuttosto, di una mancanza di azione. Soccorre la ricordata clausola di equivalenza di cui al citato art. 40, comma 2, c.p., la quale tuttavia impone di intendere il rapporto di causalità tra omissione ed evento su un piano ipotetico e prognostico, quindi inevitabilmente probabilistico. Si tratta, cioè, di verificare se l'eventuale compimento dell'azione doverosa avrebbe evitato la verificazione dell'evento, sulla base di un criterio ipotetico o prognostico che, pur se suffragato dal modello della sussunzione sotto leggi scientifiche, non potrà mai permettere di raggiungere un'assoluta certezza ma dovrà formularsi in termini di probabilità vicina alla certezza. Quale "test di controllo" potrà adottarsi la formula della *condicio sine qua non*: *"l'omissione è causa dell'evento quando non può essere mentalmente sostituita dall'azione doverosa, senza che l'evento venga meno"*[12]. Più precisamente, con specifico riferimento alla responsabilità medica, si tratta di verificare se l'evento (morte o lesioni) non si sarebbe verificato, ovvero si sarebbe verificato in epoca significativamente posteriore o con intensità meno lesiva[13].

[12] FIANDACA G. E MUSCO E. (2010), p. 441.

[13] Sul tema si veda: Cass., Pen., Sez. IV, Sentenza n. 14435 del 26 settembre 1990, dep. 6 novembre 1990, Rv. 185676), poiché accelerare il momento della morte di una persona destinata a soccombere equivale a cagionarla (Sez. 4, Sentenza n. 3185 del 17 ottobre 1990, dep. 22 marzo 1991, Rv. 186727).

Per saperne di più

Le Sezioni Unite penali della Suprema Corte hanno, nell'ultimo decennio, abbandonato la vecchia nozione di "serie ed apprezzabili possibilità di successo", alla base del giudizio prognostico di causalità dell'omissione medica secondo un precedente e meno rigoroso (o meglio, meno garantista) orientamento, e sancito per contro l'obbligo di fare ricorso a diversi e più rigorosi (quindi più garantisti) criteri logici di accertamento del nesso causale[14]. Il criterio delle "serie ed apprezzabili possibilità di successo" è stato ritenuto insufficiente, specie in relazione al portato pratico di condanne intervenute sulla base di valutazioni della probabilità di successo dell'intervento chirurgico o della terapia omesse, decisamente riduttivistiche (si vedano quelle pronunce che si sono "accontentate" di un grado di probabilità del 50% o del 30%). In taluni casi è stata affermata la responsabilità del medico per l'omissione di un intervento chirurgico necessario, anche quando esso non sia tale da garantire in termini di certezza la sopravvivenza del paziente, se solo vi sia una limitata, purché apprezzabile, probabilità di successo, indipendentemente da una determinazione matematica percentuale di questa (Cass. Pen., Sez. IV, Sentenza n. 360 dell'11 novembre 1994, dep. 18 gennaio 1995, Rv. 201554). A tale elastico criterio di ragionevolezza è venuto quindi a sostituirsi quello della "alta o elevata credibilità razionale" del cosiddetto giudizio controfattuale, ossia del test di controllo o prova di eliminazione mentale di cui si è detto. Vi è stato, dunque, un mutamento progressivo della giurisprudenza penale, mossa dalla ricerca di un modello ricostruttivo della causalità nell'ambito dei reati omissivi impropri e, in particolare, di quelli commessi nell'esercizio della professione medica, maggiormente aderente a quello condizionalistico e, dunque, più restrittivo e rigoroso, utilizzato con riguardo ai reati commissivi di evento. Si è giunti così a richiedere un elevato grado di probabilità di successo prossimo alla certezza, in una percentuale di casi quasi prossima a cento (Cass. Pen. Sez. IV, Sentenza n. 14006 del 28 novembre 2000, dep. 6 aprile 2001, Rv. 218727), non essendo sufficiente a tal fine un giudizio di mera verosimiglianza (Cass. Pen., Sez. IV, Sentenza n. 10437 del 27 settembre 1993, dep. 16 novembre 1993, Rv. 195459). Secondo tale nuovo orientamento, la sussistenza del nesso di causalità non può essere affermata sulla base di una valutazione di probabilità statistica, risultando invece necessaria la formulazione di un giudizio di probabilità logica che consenta di ritenere l'evento specifico riconducibile alla condotta dell'agente al di là di ogni ragionevole dubbio (Cass. Pen., Sez. IV, Sentenza n. 39594 del 21 giugno 2007, dep. 26 ottobre 2007, Rv. 237876). Nel reato colposo omissivo improprio il rapporto di causalità tra omissione ed evento non può pertanto ritenersi sussistente sulla base del solo coefficiente di probabilità statistica, ma deve essere verificato alla stregua di un giudizio di alta probabilità logica, sicché esso è configurabile solo se si accerti che, ipotizzandosi come avvenuta l'azione che sarebbe stata doverosa ed esclusa l'interferenza di decorsi causali alternativi, l'evento, con elevato grado di credibilità razionale, non avrebbe avuto luogo ovvero avrebbe avuto luogo in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva (Cass. Pen., Sez. Un., Sentenza n. 30328 del 10 luglio 2002, dep. 11 settembre 2002, Rv. 222138). L'accertamento di un elevato coefficiente di probabilità, prossimo alla certezza, risulta coerente con il principio costituzionale di personalità della responsabilità penale, nonché con la previsione dell'art. 533 c.p.p., come novellato dalla Legge n. 46 del 2006, secondo la quale *"il giudice pronuncia sentenza di condanna se l'imputato risulta colpevole del reato contestatogli al di là di ogni ragionevole dubbio"*.
In funzione di tale risultato maggiormente garantista, è stata definitivamente accolta la

[14] Si veda la sintesi dell'evoluzione giurisprudenziale in CUOMO L. E ROSSETTI M. (2012). Si veda anche l'ampia trattazione di ROSSETTI M. (2011).

teoria condizionalistica, codificata nell'art. 41 c.p., secondo la quale *"la verifica della causalità postula il ricorso al giudizio controfattuale nel senso che la condotta umana è condizione necessaria dell'evento se, eliminata mentalmente dal novero dei fatti realmente accaduti, l'evento non si sarebbe verificato"*. Il meccanismo controfattuale, ossia il test di controprova, necessario per stabilire l'effettivo rilievo condizionante della condotta umana, deve essere fondato su affidabili informazioni scientifiche nonché sulle contingenze significative del caso concreto, dovendo essere considerati: a) il consueto andamento della patologia in concreto accertata; b) la normale efficacia delle terapie; c) i fattori che in genere influenzano il successo degli sforzi terapeutici (Cass. Pen., Sez. IV, Sentenza n. 32121 del 16 giugno 2010, dep. 20 agosto 2010, Rv. 248210). L'esigenza di rispettare il fondamentale principio di tassatività nel diritto penale ha comportato la scelta di integrare tale metodo con l'utilizzo di un criterio idoneo a guidare l'interprete nell'operazione di esclusione degli antecedenti dell'evento. Tale criterio è stato identificato nel modello generale di sussunzione del singolo fatto sotto leggi scientifiche di copertura (distinte in universali e statistiche) oppure sotto massime di esperienza. Inoltre, occorrerebbe tenere conto dell'efficacia terapeutica dell'intervento omesso, non limitandosi a utilizzare acriticamente le leggi di copertura scientifica, ma verificando la loro adattabilità al caso concreto, previa considerazione di tutti gli elementi e i fattori interagenti e caratterizzanti la fattispecie. Tuttavia, non è possibile enfatizzare eccessivamente la necessità di più elevati standard di valutazione della causalità omissiva, in quanto, se si pretendesse una spiegazione causale di tipo deterministico, secondo criteri di certezza assoluta, si finirebbe col frustrare gli scopi general-preventivi e repressivi del diritto penale in settori nevralgici per la tutela di beni primari. Si ritiene perciò necessario un giudizio di responsabilità fondato su un accertamento della sussistenza del nesso causale con alto grado di probabilità logica o credibilità razionale, rispetto all'evidenza disponibile e alle circostanze del caso concreto (Sez. IV, Sentenza n. 19777 del 25 novembre 2004, dep. 25 maggio 2005, Rv. 231530), sicché devono escludersi processi causali alternativi e deve affermarsi in termini di "certezza processuale", ossia di alta credibilità razionale o probabilità logica, che sia stata proprio quella condotta a determinare l'evento lesivo (Sez. IV, Sentenza n. 38334 del 3 ottobre 2002, dep. 15 novembre 2002, Rv. 222862). Per la prova del nesso di causalità si deve fare riferimento ai criteri di valutazione degli elementi di prova indiziaria di cui all'art. 192, comma 2, c.p.p., oltre che alla regola generale in tema di valutazione della prova di cui al primo comma dello stesso articolo e alla ulteriore regola della ponderazione delle ipotesi antagoniste, prevista dall'art. 546, comma 1, lett. e, c.p.p. (Sez. IV, Sentenza n. 17523 del 26 marzo 2008, dep. 30 aprile 2008, Rv. 239542). La novità dell'elaborazione consiste nel riferire il giudizio di probabilità alle circostanze del caso concreto, rifiutando la possibilità di stabilire un coefficiente di percentuale probabilistica assoluto o predeterminato, valutando con maggiore cautela le rilevazioni statistiche. Il ragionevole dubbio sulla reale efficacia condizionante della condotta omissiva del medico, rispetto ad altri fattori interagenti nella produzione dell'evento lesivo, comporta l'esito assolutorio del giudizio.

2.2.5 La responsabilità nell'attività d'équipe

I singoli professionisti impegnati in attività sanitarie e di soccorso devono fare riferimento e attenersi alle disposizioni legislative generali e disciplinari in materia di responsabilità. Il soccorso sanitario è per eccellenza il risultato di una cooperazione tecnico-scientifica tra figure professionali diverse tra loro, nonché di un'attività sanitaria multidisciplinare, che ricalca precisamente i connotati del lavoro di équipe. Per attività svolta in équipe si intende un'attività sanitaria svolta con il contributo di una plura-

lità di operatori sanitari – medici e non medici – ciascuno dei quali titolare di una specifica competenza, finalizzata alla tutela della salute[15].

Il lavoro in équipe in ambito medico è stato a lungo esaminato dalla giurisprudenza al fine di formulare una corretta interpretazione del dovere di diligenza in capo a ogni singolo componente della cooperazione nell'attuazione di atti sanitari complessi, onde prevenire ed evitare il verificarsi di eventi lesivi a danno del paziente. La giurisprudenza è stata chiamata a esprimersi in materia di responsabilità del singolo membro dell'équipe, per stabilire se, oltre al consolidato principio dell'esecuzione a regola d'arte, con riferimento alla preparazione e specializzazione del singolo operatore, debba farsi riferimento all'obbligo di cautela generale sull'operato altrui, facendo intendere una sussistenza di responsabilità di fronte a fatto colposo commesso da altro operatore.

Se, in generale, la responsabilità penale di ciascun componente di un'équipe medica per l'esito infausto (per esempio) dell'intervento chirurgico, non può essere affermata sulla base dell'accertamento di errori di diagnosi o di esecuzione genericamente attribuiti alla "équipe" nel suo complesso, richiedendo il principio costituzionale di personalità della responsabilità penale la valutazione delle concrete mansioni di ciascun componente, nella prospettiva di verifica, in concreto, dei limiti oltre che del suo operato, anche di quello degli altri[16], è pur vero, tuttavia, che la Corte di Cassazione, in diverse sentenze[17] ha affermato vigere il principio del "controllo incrociato" in base al quale ciascuno dei sanitari impegnati nell'operazione avrebbe il dovere di controllare l'operato dei colleghi al fine di accertarsi dell'assenza di comportamenti negligenti o imprudenti[18].

D'altra parte, con riguardo alla specifica posizione dell'anestesista, l'applicazione del principio della delimitazione delle rispettive competenze e specializzazioni ha portato a escluderne la responsabilità per le dimenticanze o gli errori verificatisi nelle manovre prettamente chirurgiche[19].

---

[15] ALBINI E. (2007), pp. 23-28.

[16] Cass. Pen., Sez. IV, Sentenza n. 19755 del 9 aprile 2009 Ud. (dep. 8 maggio 2009) Rv. 243511.

[17] Cass. Pen., Sez. IV, 5 gennaio 1982, secondo la quale: *"Nel caso di evento colposo determinato da negligenza nel corso di un'operazione chirurgica, va ritenuto responsabile sia il chirurgo, principale esecutore dell'intervento, che il suo assistente, poichè quest'ultimo, nella sua qualità di collaboratore e potenziale continuatore dell'operazione, ha il compito di vigilare sulla intera esecuzione"*.

[18] Cass. Pen., Sez. IV, Sentenza n. 41317 dell'11 ottobre 2007 Ud. (dep. 9 novembre 2007) Rv. 237891.

[19] Cass. Pen., Sez. IV, 9 aprile 1984: *"In una équipe medica, che svolge un'operazione chirurgica, l'anestesista è deputato a controllare lo stato di insensibilità del paziente all'azione chirurgica, la sua reazione e magari la sua sicurezza dal punto di vista circolatorio, mentre non ha nessuna competenza e quindi nessun incarico di porre o estrarre tamponi dalla cavità soggetta all'operazione. Ne consegue che l'anestesista non risponde del fatto che venga dimenticata nell'addome del paziente una garza laparatomica, che dia luogo ad un processo infiammatorio endoperitoneale [...] producente lesioni colpose gravi"*.

Ciascun professionista è legato agli altri componenti del gruppo da una reciprocazione fondata sulla specifica qualifica e dunque ruolo assunto all'interno del gruppo, potendosi così riconoscere due tipologie di correlazione: gerarchica, che presuppone un rapporto di subordinazione, e paritaria.

Nel caso in cui il gruppo sia composto da soggetti tra loro in rapporto paritario, la giurisprudenza fa appello al cosiddetto **principio dell'affidamento**, secondo il quale il singolo membro confida che gli altri componenti lavorino nel rispetto delle regole di diligenza proprie e valorizzando al massimo le proprie conoscenze e competenze professionali (senza obbligo, cioè, di continuo controllo dell'operato dei colleghi, sulla cui correttezza si fa affidamento). La Cassazione ha sancito che il principio di affidamento non potrà essere invocato quale esimente nei seguenti casi: a) errore commesso da altro operatore ma in una materia non specialistica, rientrante nel bagaglio professionale di ogni professionista medio; b) errore commesso in un settore specialistico cui abbia assistito altro operatore pure specializzato in tale settore; c) errore commesso in un settore specialistico, ma talmente grossolano da non poter sfuggire ad altro professionista, pur non specialista in quel settore.

L'applicazione del principio dell'affidamento in materia sanitaria trova dunque precise mitigazioni (**principio dell'affidamento relativo o temperato**) facendo collimare la necessità di tutela della salute con il concetto di personalità della responsabilità penale. Il correttivo imposto dalla giurisprudenza[20] vuole quindi che sussista il dovere di "controllo" sull'attività eseguita dagli altri componenti del gruppo, anche se afferenti a diversa disciplina specialistica, a garanzia del rispetto delle regole di condotta diligenti e per scongiurare eventuali errori grossolani rilevabili da qualsiasi professionista dotato di preparazione medico-scientifica e tecnica definibile "media"[21,22], secondo la quale, allorquando il garante precedente abbia posto in essere una condotta colposa che abbia avuto efficacia causale nella determinazione dell'evento, unitamente alla condotta colposa del garante successivo, persiste la responsabilità anche del primo in base al principio di equivalenza delle cause, a meno che possa affermarsi l'efficacia esclusiva della causa sopravvenuta, che deve avere carattere di eccezionalità e imprevedibilità, ciò che si verifica solo allorquando la condotta sopravvenuta abbia fatto venire meno la situazione di pericolo originariamente provocata o l'abbia in

[20] Sentenza Corte di Cassazione 24036/2004 e 39062/2004: *"... oltre che al rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle specifiche mansioni svolte, è tenuto ad osservare gli obblighi a ognuno derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune e unico. Ne consegue che ogni sanitario non può esimersi da conoscere e valutare l'attività precedente o contestuale svolta da un altro collega, sia pure specialista in altra disciplina, e dal controllare la correttezza, se del caso ponendo rimedio ad errori altrui che siano evidenti e non settoriali, rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio"*.

[21] Con tutte le riserve del caso, in merito a che cosa possa essere definito "medio" e quali siano i parametri per definirlo e valutarlo.

[22] Cass. Pen., Sez. IV, Sentenza n. 46824 del 26 ottobre 2011 Ud. (dep. 19 dicembre 2011) Rv. 252140.

tal modo modificata da escludere la riconducibilità al precedente garante della scelta operata).

Poiché l'attività medica svolta in équipe presuppone il concorso di più professionisti per il raggiungimento di un unico fine, in caso di esito sfavorevole dell'intervento il singolo professionista non potrà invocare solo il rispetto dei canoni di diligenza e prudenza che gli sono propri, ma dovrà, necessariamente, avere preso contezza degli altri aspetti dell'intervento assistenziale. Senza dimenticare che, poiché la responsabilità penale è personale (non esiste una forma di responsabilità collegiale o di gruppo), qualora un intervento sanitario svolto in équipe determini la morte o l'aggravamento delle condizioni cliniche della persona soccorsa, andranno valutate nello specifico le azioni svolte e le concrete mansioni di ciascun soccorritore coinvolto, non essendo possibile attribuire la responsabilità in maniera generica all'équipe nel suo complesso.

Diverso destino incontrano le collaborazioni in cui vige un rapporto gerarchico, all'interno delle quali sia identificabile la figura del **capo équipe**. La dottrina, specie giuspenalistica, come del resto anche specifiche disposizioni legislative[23], vogliono che, essendo il capo équipe investito di poteri di governo e coordinamento dell'attività medico-sanitaria dei professionisti che con lui collaborano, su di esso viga un vero e proprio obbligo di controllo e coordinamento, nonché un dovere di impedire o correggere condotte potenzialmente idonee alla produzione di eventi dannosi per il paziente, verificando la correttezza dell'esecuzione dell'operato dei suoi subalterni.

Ne consegue la più ampia responsabilità del capo dell'équipe medica, il quale è ritenuto titolare di una peculiare posizione di garanzia nei confronti del paziente non limitata all'ambito strettamente chirurgico, ma estesa al successivo decorso post-operatorio[24].

Seguendo la scala delle diverse competenze e mansioni, il medico che si avvale della prestazione del sanitario non medico, per esempio del personale infermieristico (e dei soccorritori), deve quindi attenersi al dovere di vigilanza sulla loro attività. Risponde, dunque, *per culpa in vigilando* il sanitario che non si attiene ai compiti di verifica sulla corretta prestazione, qualora tale controllo avrebbe impedito il verificarsi di eventi a danno di terzi.

Discussa è la **posizione degli altri partecipanti** all'attività medico-sanitaria in équipe. La dottrina ha stabilito che il rapporto gerarchico configurabile tra capo e componenti, non può essere inteso in maniera così vincolante da esimere da ogni responsabilità i secondi i quali, per attenersi alle disposizioni impartite, cooperino volontariamente mettendo in atto una condotta colposa dalla quale derivi un evento dannoso o pericoloso. Anche i semplici componenti dell'équipe, infatti, sono

[23] D.P.R. 761/1976, art 63.

[24] Cass. Pen., Sez. IV, Sentenza n. 17222 del 6 marzo 2012 Ud. (dep. 9 maggio 2012) Rv. 252375; Cass. Pen., Sez. IV, Sentenza n. 9739 dell'1 dicembre 2004 Ud. (dep. 11 marzo 2005) Rv. 230820.

soggetti professionalmente qualificati che pongono in essere una prestazione il cui contenuto ha natura intellettuale (si ricordi che autonomia e discrezionalità caratterizzano sempre l'attività professionale intellettuale) e, come tale, non potrà limitarsi a seguire pedissequamente quanto disposto da sanitari di grado superiore, ma ha il preciso dovere, qualora riscontrasse elementi di criticità nell'operato o nella scelta terapeutica, o anche di dissenso, tali da ipotizzare un discostamento dai canoni di diligenza, di rendere edotto il capo équipe delle proprie perplessità. Solo nel caso in cui, nonostante tale dichiarazione, il capo équipe ritenesse di dover perseverare nella propria valutazione e scelta terapeutica, il subalterno sarebbe esonerato dalla responsabilità eventualmente derivata da tale condotta[25]. Diversamente, invece, viene a rispondere dell'esito negativo del trattamento terapeutico[26].

Principi analoghi governano i rapporti tra il responsabile delle unità medico-sanitarie, il **primario**, e i dirigenti medici operanti all'interno di dette unità, riconoscendosi sul primo un dovere di vigilanza e supervisione[27] e sugli altri un dovere di manifestare, come si è detto, le proprie critiche alle decisioni terapeutiche ritenute non adeguate.

Peculiare è la figura del **medico specializzando**, il quale deve ritenersi titolare di una posizione di garanzia in relazione alle attività personalmente compiute nell'osservanza delle direttive e sotto il controllo del medico tutore, che deve verificarne i risultati ma al quale si chiede di rifiutare i compiti che non ritiene in grado di compiere, poiché in caso contrario se ne assume la responsabilità a titolo di colpa cosiddetta per assunzione[28]. Tale figura, dunque, risponde essenzialmente della corretta esecuzione delle direttive impartite, non essendo esigibile, salvo casi estremi di direttive palesemente e gravemente errate, un dovere di critica delle stesse, data la finalità formativa del suo contributo professionale.

In ogni caso, che si tratti di équipe paritaria o con distinzione gerarchica, l'operato dei membri è basato sul **principio della tutela degli interessi del soggetto assistito**, nei confronti del quale gli operatori sono chiamati a rivestire un ruolo di garanzia.

[25] Cass. Pen., Sez IV, Sentenze n. 7363/1996 e n. 554/1999.

[26] Cass. Pen., Sez. IV, Sentenza n. 556 del 17 novembre 1999 Ud. (dep. 18 dennaio 2000) Rv. 215443.

[27] Cass. Pen., Sez. IV, Sentenza n. 21594 del 2 aprile 2007 Ud. (dep. 1 giugno 2007) Rv. 236726.

[28] Cass. Pen., Sez. IV, Sentenza n. 6215 del 10 dicembre 2009 Ud. (dep. 16 febbraio 2010) Rv. 246419; Sez. IV, Sentenza n. 32424 del 10 luglio 2008 Ud. (dep. 1 agosto 2008) Rv. 241963.

2.2.6 La responsabilità dell'infermiere

La Legge 26 febbraio 1999, n. 42 ha sancito la scomparsa della caratterizzazione di ausiliarietà della professione infermieristica rispetto alla professione medica, riconoscendone il carattere professionale dell'attività svolta e investendola non solo delle autonomie tipiche della professionalità ma anche delle relative responsabilità. In base a tale disposizione normativa l'infermiere è un esercente una professione sanitaria.

Nella professione infermieristica l'autonomia[29] è stabilita dalle disposizioni del Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739, che determina la responsabilità della figura dell'infermiere per quanto concerne l'assistenza generale infermieristica. La medesima disposizione ne indica l'attività di collaborazione-integrazione quale figura professionale partecipe del processo di identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività, implicitamente richiamando il concetto di lavoro in équipe, concetto ribadito con l'indicazione della possibilità dell'infermiere di svolgere la propria attività professionale sia individualmente sia in cooperazione con altri sanitari. Compito dell'infermiere è inoltre garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche poste in essere dal medico.

Autonomia e competenza professionale impongono la responsabilità e il dovere di agire secondo i canoni di diligenza professionalmente richiesti per rispondere al bisogno di salute degli assistiti. Tale professionalità viene richiesta anche e soprattutto nei momenti assistenziali legati al soccorso sanitario, ove grande attenzione è necessaria per quanto riguarda l'utilizzo non solo delle personali competenze tecniche, ma anche della capacità di integrare tali elementi con il lavoro dell'équipe, ovvero con le responsabilità che il lavoro in cooperazione richiede, in materia di specifiche competenze, controllo e supervisione.

L'infermiere viene dunque a collocarsi in una nuova posizione assistenziale, con nuove incombenze nei confronti del paziente, ma anche delle altre figure professionali con le quali coopera. La moderna strutturazione dell'attività sanitaria, che sempre più assume caratterizzazione multidisciplinare e multiprofessionale, determina precise dinamiche dei rapporti intra-interprofessionali, ma anche con gli altri collaboratori, verso ciascuno dei quali devono essere noti e rispettati ruoli e dinamiche di subordine-controllo-supervisione-cooperazione, tutte strettamente in interconnessione tra loro. Rientrano dunque tra gli specifici impegni dell'infermiere le aree di responsabilità propria, ovvero la gestione dei processi decisionali e la valutazione delle problematiche assistenziali di pertinenza; la definizione degli *outcomes* desiderabili e la pianificazione di idonei processi di cura e assistenza; il controllo degli *outcomes* ottenuti, rispetto agli obiettivi prefissati; la valutazione dell'attività altrui, sia medica sia di altri operatori ausiliari al fine di identificare eventuali momenti critici e adottare correttivi; saper valutare, scegliere i collaboratori, scegliere i precisi compiti da affidare, il tutto sempre con riferimento all'obiettivo primario, ovvero la tutela della salute del cittadino. La partecipazione attiva dell'infermiere nel processo assistenziale, ne determina infine la responsabilizzazione di fronte alle scelte dei percorsi assistenziali, specie nella definizione e adozione di protocolli operativi da seguire.

[29] BENCI L. (1999).

Se da questa prospettiva la figura della professione infermieristica ne esce mutata, è bene ricordare che di fronte alle disposizioni dell'ordinamento giuridico nulla varia per questa categoria professionale rispetto a quanto disposto per le altre categorie professionali sanitarie. La codificazione penalistica vuole la sussistenza di medesimi requisiti per il riconoscimento della responsabilità e nemmeno le evoluzioni dottrinali in materia civilistica risparmiano la posizione dell'infermiere.

Va sottolineato, in particolare, che anche l'infermiere viene ritenuto titolare di una posizione giuridica di garanzia dalla quale deriva l'obbligo di agire per impedire il verificarsi di eventi lesivi ai danni del paziente. In concreto, il contenuto della suddetta posizione di garanzia appare condizionato dai limiti posti dall'ordinamento alle competenze di tale figura professionale, essendole richiesto essenzialmente di vigilare sullo stato del paziente e di chiamare a intervenire il personale medico, cui compete la decisione ultima[30].

Particolare rilievo ha poi l'adempimento delle mansioni di preparazione e controllo delle apparecchiature e del materiale necessario per l'anestesia generale e di sorveglianza della regolarità del funzionamento degli apparecchi di respirazione automatica, sancito dall'art. 4 del D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225, con conseguente responsabilità per l'errata messa in funzione di tali apparecchi[31].

Inoltre, per questa figura professionale, come per altre categorie non mediche è possibile che si sostanzi il reato di esercizio abusivo della professione medica. Per questo, come più sopra indicato, è necessario che l'infermiere conosca e segua non solo i doveri e le regole di buona condotta, ma anche i limiti entro i quali può far ricadere le proprie esclusive competenze.

La figura dell'infermiere nell'équipe di soccorso, così come inquadrata dal codice penale, è un incaricato di pubblico servizio, per cui su di esso ricadono gli obblighi e i doveri generali attribuibili a queste figure pubblicistiche, con particolare riguardo all'obbligo di relazione con l'Autorità Giudiziaria (obbligo di denuncia di reato e di referto: artt. 361, 362, 365 c.p.). Diviene di fatto doverosa, anche per il sanitario infermiere, la conoscenza della nozione di reato e dei reati procedibili d'ufficio per i quali sussista l'obbligo di notifica alla pubblica autorità e dei requisiti essenziali che tale atto richieda.

Dal punto di vista civilistico, ogni infermiere è un esercente una professione intellettuale, espleta la sua attività a seguito del riconoscimento di un titolo di studio riconosciuto dallo Stato ed è iscritto a un albo professionale; in base a tale inquadramento giuridico scatta l'obbligo di rispondere del danno ingiusto cagionato a terzi, sia derivante da condotte proprie, sia determinato dal lavoro in équipe, qualora prodotto per dolo o colpa, in conformità con quanto previsto per ogni esercente una professione intellettuale.

I codici deontologici delle professioni sanitarie non mediche trovano richiamo in disposizioni legislative[32] (Legge 26 febbraio 1999, n. 42, "Disposizioni in materia di

[30] Cass. Pen., Sez. IV, Sentenza n. 24573 del 13 maggio 2011 Ud. (dep. 20 giugno 2011).

[31] Cass. Pen., Sez. IV, Sentenza n. 10868 del 4 novembre 1983 Ud. (dep. 15 dicembre 1983) Rv. 161762.

[32] CARNEVALE A. E D'OVIDIO C. (2005).

professioni sanitarie", Gazzetta Ufficiale del 2 marzo 1999, n. 50; Legge 10 agosto 2000, n. 251, "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica", Gazzetta Ufficiale del 6 settembre 2000, n. 208). L'infermiere deve tenere conto, oltre che delle generali regole indicate dall'ordinamento giuridico, anche di quanto indicato dal Codice di Deontologia Professionale, il quale sancisce, all'art. 1, i connotati essenziali e le responsabilità proprie della categoria professionale infermieristica: *"l'infermiere è l'operatore sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica"* (comma 1), *"la responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona..."* (comma 3). Va da sé che l'esistenza di codificate regole deontologiche presupponga la possibilità di concretizzare una responsabilità anche dal punto di vista disciplinare.

2.3 La responsabilità civile

La responsabilità civile assume valenza e funzioni in gran parte differenti da quelle svolte dalla responsabilità penale. Se quest'ultima risponde preminentemente a valutazioni, istanze e interessi pubblicistici, la prima opera nel campo dei rapporti giuridici privati e mira a regolare interessi privatistici, ovvero dei singoli consociati.

Ne deriva una forte attenuazione, se non una scomparsa, delle funzioni sanzionatoria e general-preventiva, tipica della responsabilità penale, e una netta prevalenza della funzione riparatoria, consistente nel ristoro, in favore del danneggiato, dei danni-conseguenza prodotti dall'illecito.

Visto da una prospettiva "economica", o se si preferisce in chiave di analisi economica del diritto, il sistema di responsabilità civile esercita una pressione per indurre all'adozione di cautele atte a evitare il verificarsi di eventi dannosi per i terzi e a impiegare la diligenza richiesta dalla natura dell'attività svolta, ma assolve anche una funzione di trasferimento dei costi e dei rischi relativi allo svolgimento di determinate attività a carico di quella parte che è in grado di amministrarli (riducendoli con apposite misure o assicurandosi) con minore costo, secondo un principio di efficiente allocazione delle risorse.

Nell'esame del sistema di responsabilità civile operante nel settore sanitario, occorre dunque chiedersi se il complesso delle regole che lo compone, quale è venuto nel corso degli ultimi anni a sedimentarsi, risulta efficiente sul piano dell'ottimale distribuzione, tra i soggetti coinvolti nell'esercizio dell'attività sanitaria, dei rischi e dei costi (sociali ed economici) a essa legati e se è realmente idoneo a indurre comportamenti più aderenti a elevati parametri di diligenza, perizia e prudenza.

Un sistema efficiente potrà considerarsi quello in grado di indurre un innalzamento degli standard di sicurezza dell'attività in questione, diminuendo la frequenza statistica di sinistri, con costi non irragionevoli (costi che, data la natura personale dei beni coinvolti nell'esercizio dell'attività medica, non potranno che essere necessariamente elevati).

È essenziale tenere distinti i due istituti, quello della responsabilità per inadempimento (o contrattuale) e quello della responsabilità civile in senso stretto (o extracontrattuale): nel primo caso, viene in rilievo la mancata o inesatta esecuzione di una

prestazione dovuta, in favore di altro soggetto, in forza di un rapporto contrattuale intercorso tra le parti e che regolamenta reciproci obblighi e diritti, ovvero in forza della legge, mentre nel secondo caso, al di fuori di uno specifico rapporto obbligatorio, viene in rilievo la violazione del generale dovere di astenersi da condotte lesive di diritti altrui (*neminem laedere*), sancito dalla generale previsione di cui all'art. 2043 c.c.

2.3.1 La responsabilità extra-contrattuale

La responsabilità civile, o aquiliana, di cui all'art. 2043 c.c., si modella sull'illecito penale, articolandosi la sua struttura in una condotta, commissiva o omissiva, che potrà essere ancora dolosa o colposa, in un evento lesivo antigiuridico, il cosiddetto danno-evento o danno ingiusto, identificabile nella lesione del bene giuridico protetto (la vita, l'integrità fisica ecc.), nel nesso di causalità tra condotta ed evento, nelle conseguenze pregiudizievoli che ne sono derivate (cosiddetto danno-conseguenza) alla sfera personale o patrimoniale del danneggiato.

L'identificazione degli elementi costitutivi dell'illecito aquiliano deve avvenire, pertanto, avvalendosi delle medesime categorie concettuali già illustrate con riguardo all'illecito penale, richiamandosi quanto già esposto in tema di elemento soggettivo (dolo o colpa), elemento oggettivo (condotta, evento, nesso di causalità), danno (inteso sia in senso di danno-evento sia nel senso di danno-conseguenza).

Chi intenda agire per il risarcimento del danno derivante dalla violazione del *neminem laedere* deve dunque dimostrare in giudizio, in base alla regola generale sulla ripartizione dell'onere della prova di cui all'art. 2697 c.c., la condotta colposa o dolosa del danneggiante, la verificazione di una lesione antigiuridica, cioè non consentita dall'ordinamento, il nesso di causalità tra la predetta condotta e il suddetto danno.

2.3.2 La responsabilità contrattuale

La responsabilità contrattuale ha quali elementi costitutivi l'inadempimento o inesatto adempimento della prestazione dovuta, il danno-conseguenza, inteso quale pregiudizio, patrimoniale o personale, derivante dall'inadempimento, il nesso di causalità tra inadempimento e danno.

L'art. 1218 c.c. dispone che *"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"*.

Chi lamenti un danno derivante dall'inadempimento della propria controparte, deve dunque provare l'esistenza del rapporto giuridico che obbliga all'esecuzione della prestazione e allegarne la mancata o inesatta esecuzione, oltre naturalmente a fornire dimostrazione del danno subito e del nesso di causalità tra inadempimento e danno. Spetterà invece al debitore dimostrare di avere esattamente adempiuto.

In concreto, come si dirà oltre, nel campo della responsabilità professionale medica, spetterà al medico dimostrare di avere eseguito un dato intervento diagnostico o

terapeutico o assistenziale secondo le *leges artis*, ovvero applicando tutte le tecniche e le conoscenze scientifiche acquisite e disponibili e operando secondo i migliori parametri di diligenza professionale e prudenza.

2.3.3 Obbligazioni di mezzi e obbligazioni di risultato

In passato, la giurisprudenza di legittimità (ossia quella della Corte di Cassazione), distingueva tra obbligazioni cosiddette di mezzi e obbligazioni cosiddette di risultato, sottoponendole a diversi regimi di imputazione della responsabilità per inadempimento e dell'onere della prova relativa.

L'obbligazione del professionista, avente per oggetto l'esecuzione di una prestazione di natura professionale, era classificata come obbligazione di mezzi, in quanto essa comportava l'impiego di un'attività qualificata secondo i parametri della diligenza, della perizia e della prudenza professionali senza che il professionista garantisse, come invece avveniva nell'altra categoria di obbligazioni (aventi a oggetto, per esempio, l'esecuzione di un'opera o la consegna di un bene determinato), il risultato utile della prestazione medesima.

In campo medico, ciò voleva dire che l'insuccesso della terapia praticata non comportava di per sé l'inadempimento dell'obbligazione assunta dal sanitario. Chi avesse voluto far valere in giudizio la responsabilità del medico avrebbe dovuto dimostrare, tra l'altro, l'inesatta esecuzione della prestazione medica, ovvero la condotta colposa del medico, individuandone gli errori commessi.

Tale ricostruzione ha visto progressivamente ridursi la sua portata applicativa fino a divenire oggi del tutto inattuale.

In primo luogo, si è inizialmente escluso che le **prestazioni cosiddette di routine** fossero qualificabili come obbligazioni di mezzi, essendo in esse prevalente l'interesse al conseguimento, senza implicazione di problematiche professionali di speciale difficoltà, di un risultato determinato (la guarigione). In tali casi, il semplice insuccesso pone a carico del medico una presunzione di imperizia. Sotto il profilo probatorio, il paziente ha l'onere di provare soltanto la routinarietà dell'intervento, mentre sarà il medico a dover provare che l'insuccesso va ascritto a complicazioni imprevedibilmente insorte.

Successivamente, si è stabilito che colui il quale lamenta l'inadempimento di una obbligazione contrattuale deve soltanto dimostrare l'esistenza e l'efficacia del contratto, mentre è onere del convenuto dimostrare o di avere adempiuto, ovvero che l'inadempimento non è dipeso da propria colpa[11], con la conseguenza che è onere del medico dimostrare che il proprio operato sia stato esente da colpa cioè sia stato diligente, perito e prudente secondo i canoni della migliore scienza ed esperienza.

L'evoluzione giurisprudenziale, non solo italiana, ma europea, in tema di onere della prova in responsabilità medica ha, dunque, finito con il privilegiare la posizione del creditore-paziente, il quale si trova in una iniziale posizione di svantaggio in ordi-

[11] Cass. Civ., Sez. Un., Sentenza n. 13533 del 30 ottobre 2001.

ne al bagaglio di conoscenze tecnico scientifiche rispetto al debitore-sanitario nel caso di controversie di natura medico-giuridica (processo equo)[34].

La distinzione tra prestazione di facile esecuzione e prestazione implicante la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà rileva oggi, pertanto, soltanto per la valutazione del grado di diligenza e del corrispondente grado di colpa, restando comunque a carico del sanitario la prova che la prestazione era di particolare difficoltà[35].

Una considerazione a parte merita l'ipotesi in cui il medico ha garantito al paziente il conseguimento di un determinato risultato, come può accadere – per esempio – in tema di **interventi odontoiatrici o estetici**. In questo tipo di contratti, il sanitario può assumere una semplice obbligazione di mezzi, ovvero anche una obbligazione di risultato, da intendersi quest'ultimo non come dato assoluto ma da valutare con riferimento alla situazione pregressa e alle obiettive possibilità consentite dal progresso raggiunto dalle tecniche operatorie. Ricorrendo tale ipotesi il sanitario sarà responsabile nei confronti del cliente per l'omesso conseguimento del risultato promesso, ma l'onere di provare che il sanitario aveva garantito il risultato incombe sul paziente.

2.3.4 La diligenza

Nella valutazione della condotta del medico, quando si tratti di stabilire se essa sia stata colposa o meno, si applicherà perciò la regola di maggiore rigore dettata dal comma 2 dell'art. 1176 c.c., secondo cui il professionista nell'adempimento delle proprie obbligazioni è tenuto non già alla diligenza generica del buon padre di famiglia (di cui al comma 1 dell'art. 1176 citato), ma alla diligenza qualificata richiesta a chi eserciti professionalmente una determinata attività. La diligenza, di cui all'art. 1176 c.c., dunque, costituisce il parametro alla stregua del quale valutare se l'inadempimento sia colposo o meno (il come l'obbligazione va adempiuta).

La Corte di Cassazione afferma pertanto che la diligenza esigibile dal medico deve essere *"superiore alla media"*; che la diligenza che *"deve impiegare nello svolgimento della professione è quella del regolato ed accorto professionista, ossia del professionista esercente la sua attività con scrupolosa attenzione ed adeguata preparazione professionale"*.

Questa speciale diligenza esigibile dal medico "comporta il rispetto di tutte le regole e gli accorgimenti che nel loro insieme costituiscono la conoscenza della professione medica", e impone al medico non solo la corretta esecuzione della prestazione sanitaria in senso stretto, ma anche la corretta esecuzione delle attività accessorie, come l'obbligo di sorveglianza sulla salute del soggetto operato anche nella fase post-operatoria.

---

[34] FRATI P. *et al.* (2009), pp. 527-538.

[35] Cass., Sez. Un., 11 gennaio 2008, n. 577; Cass. Civ., Sez. III, Sentenza n. 23918 del 9 novembre 2006; Cass. Civ., Sez. III, Sentenza n. 17306 del 31 luglio 2006; Cass. Civ., Sez. III, Sentenza n. 12362 del 24 maggio 2006.

Per saperne di più

A ciò si aggiunga che la Corte di Cassazione ha, per la verità in sede penale, escluso che il rispetto delle linee guida possa di per sé mandare assolta la condotta colposa del medico con riguardo all'evento lesivo occorso al paziente, avendo il medico l'obbligo di adeguare ogni valutazione e scelta terapeutica al caso concreto e non potendosi in astratto riconoscere l'assolutezza delle eventuali prescrizioni e direttive in esse contenute (Cass. Pen., Sez. IV, Ud. 23 novembre 2010 [dep. 2 marzo 2011], n. 8254); in altre parole, il rispetto delle linee guida non esclude la colpa, se un particolare quadro clinico impone di discostarsene. Al fine evidente di attenuare il rigore di tale affermazione, il legislatore è intervenuto con l'art. 3, del D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modifiche nella L. 8 novembre 2012, n. 189, il cui comma 1 stabilisce ora che *"l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 c.c. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo"*. L'osservanza delle linee guida, se può ora valere ad escludere la responsabilità penale per colpa lieve dell'esercente una professione sanitaria, non sembra invece escluderne la responsabilità civile, rilevando piuttosto quale circostanza idonea a giustificare una limitazione del danno risarcibile, ossia delle somme dovute al danneggiato a titolo di ristoro per le lesioni subite.

2.3.5 Il grado della colpa e la limitazione di responsabilità di cui all'art. 2236 c.c.

Il codice civile detta, all'art. 2236, una speciale previsione limitativa della responsabilità del professionista intellettuale. Dispone la norma che "se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà", il professionista non risponde dei danni cagionati se non in caso di dolo o colpa grave. La caratterizzazione di speciale complessità, va stabilita in relazione al caso concreto e non può essere valutata una tantum e in maniera "decontestualizzata", occorrendo tenere conto del bagaglio di conoscenze del singolo sanitario e delle condizioni che hanno caratterizzato l'intervento. L'elaborazione giurisprudenziale degli ultimi anni ha, per i medici come per gli altri professionisti, fortemente depotenziato la portata della norma. E infatti, essa è pacificamente ritenuta inapplicabile nel caso di interventi routinari o di facile esecuzione nonché nel caso di colpa per imprudenza o per negligenza. Inoltre, il concetto di "intervento di speciale difficoltà" e lo stesso concetto di colpa lieve sono stati intesi in termini assai restrittivi, fin quasi ad azzerarne la concreta riconoscibilità[16]. Se la colpa è consistita in una mancanza di perizia, l'accertamento di essa da parte del giudice deve tenere conto che la patologia è sempre condizionata, nelle sue manifestazioni concrete, da un certo grado di ineliminabile opinabilità della valutazione dei riscontri clinici, sicché il giudizio diagnostico può, con frequenza, presentare margini di obiettiva incertezza. Di conseguenza, se il medico è stato imperito, egli risponde soltanto

[16] ROSSETTI M. (2011).

se versi in colpa grave[17]. Se, invece, la colpa è consistita in una mancanza di diligenza, l'esame deve essere particolarmente rigoroso, perché la tutela della salute, che viene affidata al medico, impone a questi l'esercizio della massima attenzione[18]. Deve altresì aggiungersi che, col tempo e a causa del progresso tecnologico e delle tecniche chirurgiche, la giurisprudenza ha ridotto notevolmente la "lista" degli interventi ritenuti "di speciale difficoltà", ai sensi dell'art. 2236 c.c.

2.3.6 La responsabilità da contatto sociale

Nel campo della responsabilità professionale medica, la differenziazione del titolo di responsabilità, contrattuale ed extra-contrattuale, resta, allo stato attuale del dibattito dottrinario e giurisprudenziale, priva di riflessi sul piano della disciplina concretamente applicabile all'obbligazione risarcitoria che ne deriva.

Infatti, anche quando non esiste alcun contratto tra paziente e medico (come nel caso di colpa del medico dipendente di un'azienda sanitaria o di un'azienda ospedaliera pubblica ovvero di una struttura sanitaria privata), la giurisprudenza ritiene ugualmente applicabile la regola di imputazione della responsabilità di cui all'art. 1218 c.c., in virtù della teoria della "responsabilità da contatto". Secondo questo orientamento, il rapporto tra il medico pubblico dipendente e il paziente, pur non scaturendo formalmente da alcun contratto (che, se mai, viene stipulato tra l'Ente ospedaliero, o la ASL, e il paziente stesso), dà luogo a un vero e proprio rapporto giuridico, nel quale ciascuna delle parti vanta nei confronti dell'altra i medesimi diritti e obblighi che scaturirebbero da un contratto di prestazione d'opera: il paziente ha diritto di essere curato, il medico ha l'obbligo di eseguire con diligenza la propria prestazione[19]. Secondo Cass. Sez. III, Sentenza n. 589 del 22 gennaio 1999, *"la prestazione (...) del medico nei confronti del paziente non può che essere sempre la stessa, vi sia o meno alla base un contratto d'opera professionale tra i due"*, e ciò in ragione del fatto che trattandosi di professione *"che non può svolgersi senza una speciale abilitazione dello Stato, da parte di soggetti di cui il pubblico è obbligato per legge a valersi, e quindi trattandosi di una professione protetta, l'esercizio di detto servizio non può essere diverso a seconda se esista o meno un contratto"*.

Ne consegue che l'obbligazione del medico dipendente dal servizio sanitario per responsabilità professionale nei confronti del paziente, ancorché non fondata sul contratto, ma sul "contatto sociale", ha comunque natura contrattuale, sottostando al regime della ripartizione dell'onere della prova, del grado della colpa e della prescrizione tipico delle obbligazioni da contratto d'opera intellettuale professionale (in proposito mette conto di ricordare che la prescrizione del diritto al risarcimento del danno

[17] A meno che, come si è detto, l'intervento non fosse routinario o di facile esecuzione (così Cass. Civ, Sez. III, Sentenza n. 11440 del 18 novembre 1997; da ultimo, nello stesso senso, Cass. Civ., Sez. III, Sentenza n. 10297 del 28 maggio 2004).

[18] La sentenza capostipite in tal senso sembra essere Cass., 11 luglio 1980, in Riv. pen., 1981, 283.

[19] ROSSETTI M. (2011).

derivante dall'inadempimento di un'obbligazione si perfeziona in dieci anni, ai sensi dell'art. 2946 c.c., mentre l'obbligazione risarcitoria nascente dall'illecito aquiliano si prescrive in cinque anni in base all'art. 2947 c.c., salvo che il fatto illecito non costituisca reato, caso in cui il tempo della prescrizione civilistica coincide con il più lungo termine di prescrizione penalistica).

L'esame dei problemi posti dalla responsabilità professionale medica, dunque, deve essere unitario sia con riguardo ai casi di prestazione eseguita sulla base di un contratto stipulato direttamente con il paziente sia nel caso di mero contatto sociale occasionato dall'ingresso del paziente in una determinata struttura sanitaria.

2.3.7 La causalità nella responsabilità civile medica

Soffermandoci ancora una volta sul tema del nesso di causalità, sebbene questo sia disciplinato anche in materia civile da regole analoghe a quelle enucleate dagli artt. 40 e 41 c.p., le sezioni civili della Cassazione non si sono allineate all'interpretazione (sopra sintetizzata) che di tali norme hanno dato le sezioni penali ma, al contrario, hanno continuato ad affermare che il nesso di causalità possa ravvisarsi, in tema di colpa omissiva, quando si possa ritenere che, in presenza della condotta omessa, il danno avrebbe avuto "serie ed apprezzabili possibilità" di non accadere[40].

Questo "scostamento" tra i criteri di accertamento della causalità omissiva in sede penale rispetto alla sede civile è stato definitivamente sancito dalla importante decisione pronunciata da Cass. Civ., Sez. Un., 11 gennaio 2008 n. 581, nella quale si è stabilito che ai fini del risarcimento del danno il nesso causale tra una condotta omissiva e l'evento dannoso deve ritenersi sussistente ogni qualvolta possa affermarsi, in base alle circostanze del caso concreto, che la condotta alternativa corretta avrebbe impedito l'avverarsi dell'evento con una probabilità superiore al 50%, secondo la regola del "più si che no".

Quindi, mentre per la Cassazione Penale il nesso causale tra omissione ed evento esige l'accertamento che senza l'omissione il danno non si sarebbe verificato "con alta o elevata credibilità razionale", per la Cassazione Civile il nesso causale tra omissione ed evento non esige la certezza assoluta che senza la condotta il danno sarebbe accaduto, ma semplicemente la ragionevole probabilità di ciò[41]. Con l'ulteriore precisazione che una "probabilità ragionevole" non è necessariamente quella che abbia statisticamente una probabilità di accadimento superiore al 50%, ma è quella da ritenersi tale in base a un'analisi logico-deduttiva del singolo caso, e dunque ben potrebbe ritenersi "ragionevole" una probabilità inferiore al 50%[42].

---

[40] Cass. Civ., Sez III, Sentenza n. 10743 dell'11 maggio 2009; Cass. Civ., Sez III, Sentenza n. 14759 del 26 giugno 2007; Cass., Sez. III, Sentenza n. 4400 del 4 marzo 2004; Cass., Civ., Sez III, Sentenza n. 3013 del 13 maggio 1982.

[41] Cass. Civ., Sez III, Sentenza n. 10741 dell'11 maggio 2009.

[42] Cass. Civ., Sez. III, Sentenza n. 15991 del 21 luglio 2011.

Si è già accennato al rilievo assunto, nella struttura dell'illecito civile, sia contrattuale sia extra-contrattuale, dal **danno**, inteso come conseguenza pregiudizievole riconducibile all'evento lesivo.

L'illecito obbliga il soggetto responsabile alla riparazione del danno arrecato ovvero al suo risarcimento, sostituendo, riparando o, quando ciò non sia possibile, reintegrando per equivalente (tramite monetizzazione) la perdita subita.

Le tipologie di danno configurabili in relazione all'errata o omessa esecuzione di prestazioni sanitarie possono distinguersi in danni patrimoniali e danni non patrimoniali e il loro contenuto varia in relazione al tipo di evento lesivo subito dal paziente (dalle lesioni, di varia gravità, fino alla morte).

Il danno non patrimoniale si configura come pregiudizio direttamente arrecato alla sfera personale del danneggiato e, dunque, nella diminuita integrità fisica, in tutti gli aspetti esistenziali connessi, legati alla cosiddetta vita di relazione. Di tale danno, denominato biologico ed esistenziale, occorre operare una traduzione in termini monetari, attraverso l'utilizzo di tabelle, elaborate nella prassi giurisprudenziale, le quali determinano il danno risarcibile in funzione dell'entità della lesione e dell'età della vittima.

In tale ambito si colloca anche il danno morale (risarcibile solo se derivante da un illecito penale e quantificato discrezionalmente dal giudice), riferito a quelle sofferenze interiori che l'evento lesivo può avere causato e che non si traducono in una patologia accertabile sotto il profilo medico.

I danni patrimoniali si configurano con riguardo alle spese mediche sostenute, o danno emergente (quelle, evidentemente, non sostenute direttamente dal Servizio Sanitario Nazionale) e, soprattutto, alla perdita di redditi che può verificarsi durante la malattia (lucro cessante), a causa della temporanea inabilità al lavoro precedentemente svolto, o dopo di essa, quando il consolidarsi di postumi invalidanti permanenti determina l'impossibilità di svolgere ancora quel lavoro o, addirittura, qualsiasi tipo di lavoro.

Questi pochi elementi, necessariamente approssimativi, danno idea della rilevanza economica del contenzioso in materia sanitaria: rilevanti lesioni, specie in soggetti giovani o se incidenti sulla capacità lavorativa del danneggiato, potranno innescare richieste risarcitorie non solo da parte del paziente sottoposto al trattamento sanitario, ma anche degli stretti congiunti di questo, moltiplicando gli indennizzi dovuti fino a raggiungere importi davvero elevati, non sopportabili dal singolo professionista ritenuto responsabile.

2.3.8 Regole di responsabilità, medicina difensiva e assicurazione della responsabilità civile professionale

Quanto si è finora riferito rende evidente la particolare gravosità del sistema di responsabilità dell'operatore professionale medico e sanitario in genere.

Un sistema che, attraverso il rigore delle regole di imputazione oggettiva e soggettiva della responsabilità, sembra per molti aspetti assumere sostanzialmente la funzione di traslazione integrale del rischio relativo all'insuccesso in quanto tale della pre-

stazione sanitaria, dal paziente alla struttura ospedaliera o al singolo operatore professionale.

Ciò in quanto le conseguenze dell'evento infausto sono ritenute socialmente inaccettabili ed esigono una riparazione, rinvenuta peraltro esclusivamente sul piano del risarcimento del danno da parte del soggetto individuato responsabile.

L'eccessivo rigore delle regole illustrate, tuttavia, rischia di generare fenomeni indesiderati, riassumibili nell'espressione sintetica ma eloquente di "medicina difensiva[43]" e spiegabili come deviazione dell'attività medica dai suoi fini precipui in funzione di protezione dal rischio di esposizione a richieste risarcitorie. In concreto, si tratta dell'adozione di precauzioni e della prescrizione di esami diagnostici eccessivi e inutili, ovvero dell'enfatizzazione dei rischi e delle connesse possibili complicanze nel momento dell'informazione del paziente, al fine di scoraggiarne il consenso a determinati e delicati interventi terapeutici, fino ad arrivare a tendenze "astensionistiche" del medico di fronte ai casi e alle patologie di più complesso e rischioso trattamento. Si tratta di fenomeni che rivelano l'inefficienza del sistema di responsabilità, al quale si chiede piuttosto un innalzamento del livello qualitativo delle prestazioni professionali erogate.

Nell'attesa di una diversa attenzione del legislatore sul tema, di cui peraltro può ritenersi indizio la ricordata previsione di cui al citato D.L. 158, unico strumento nelle mani della struttura sanitaria e, soprattutto, del singolo operatore, è rappresentato dalla gestione assicurativa del rischio professionale inerente alla propria possibile responsabilità professionale. Attraverso il contratto di assicurazione è infatti possibile, dietro pagamento di un premio, ottenere che una società di assicurazione sopporti il rischio in questione, indennizzando i danni cagionati a terzi nell'esercizio dell'attività professionale, nei limiti di un massimale. In proposito, si ricorda, con riguardo alla posizione dei dirigenti medici operanti nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale, che i contratti collettivi nazionali di lavoro contemplano l'impegno delle aziende ad assumere le iniziative necessarie per garantire la copertura della responsabilità civile dei dirigenti senza diritto di rivalsa, salvi i casi di dolo o colpa grave. La colpa lieve, dunque, resta a carico del medico, il quale dovrà, per non dover rispondere direttamente con il proprio patrimonio, stipulare apposita polizza assicurativa personale integrativa di quella ospedaliera.

2.4 La responsabilità disciplinare

I professionisti sanitari titolari dei requisiti fondamentali per l'esercizio della propria attività e dunque regolarmente iscritti presso l'ordine professionale, devono fare necessariamente riferimento anche a quelle regole di condotta professionale regolamentate dal Codice Deontologico, ricomprendente i principi morali ed etici di riferimento della professione, nonché i diritti e i doveri che il professionista deve osservare. La raccolta di tali disposizioni è demandata a un organo centrale dei singoli ordini e, per ogni categoria, ha valore applicativo nazionale.

[43] Sul tema si veda: EUSEBI L. (2011), p. 1085 e segg.

Lo Stato, dunque, attua un controllo diretto sull'attività professionale tramite le leggi penali e civili, e, indirettamente, attraverso i singoli organismi professionali, ai quali è demandato il controllo del rispetto di quanto codificato, in modo assolutamente indipendente. Si tratta dunque sia di un'autoregolamentazione che di un autocontrollo della corretta adesione a quei precetti comportamentali della professione ispirati a concetti etico-morali generali.

L'inosservanza di quanto stabilito dal Codice Deontologico, nonché condotte riprovevoli o irrispettose per il decoro professionale, sono punite dalla commissione disciplinare secondo quanto regolamentato e in riferimento alla gravità del comportamento posto in essere. Il procedimento disciplinare può essere promosso d'ufficio dal consiglio dell'ordine professionale di riferimento oppure può essere posto in essere su richiesta avanzata dalla Procura della Repubblica ed è assolutamente svincolato da eventuali procedimenti penali o civili posti in essere, sia per quanto attiene il suo svolgimento sia per quanto riguarda l'esito. I provvedimenti disciplinari attuabili sono l'avvertimento, ossia l'intimazione a non ripetere la mancanza o l'abuso attuato, la censura, che consiste in una dichiarazione di biasimo scritta per quanto attuato, la sospensione dall'esercizio della professione e la radiazione dall'albo professionale.

Emerge quindi una stretta sorveglianza da parte dello Stato, direttamente o indirettamente esercitata, a garanzia del corretto esercizio dell'attività e del decoro del suo svolgimento, condizione resa necessaria o legittimata dall'interesse sociale e dal ruolo stesso all'interno della società di questi professionisti.

2.5 Rapporti con l'Autorità Giudiziaria

Di fronte alle disposizioni normative dell'ordinamento giuridico penale, gli esercenti una professione sanitaria possono essere inquadrati in tre categorie:

1. **Pubblici ufficiali**. Assumono la qualifica di pubblico ufficiale (art. 357 c.p. *"Agli effetti della legge penale sono pubblici ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa"*), coloro i quali esercitano una pubblica funzione, disciplinata da norme di diritto pubblico, e concorrono alla formazione e alla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione, anche mediante poteri autoritativi o certificativi. Non tutti i dipendenti della pubblica amministrazione rivestono la qualifica giuridica di pubblico ufficiale, in particolare non sono pubblici ufficiali coloro i quali sono preposti ad attività meramente materiali o esecutive.
2. **Incaricati di pubblico servizio**. Incaricato di pubblico servizio (art. 357 c.p.) è chiunque nell'ambito delle professioni sanitarie eserciti un'attività pubblica, ovvero di cui lo Stato o un Ente pubblico si avvalgono esercitandone la tutela, finalizzata al soddisfacimento delle esigenze collettive, non dotata dei poteri pubblici. In entrambi i casi lo Stato delega ai professionisti sanitari l'esercizio di attività finalizzate alla tutela o al perseguimento di interessi della società, ovvero la salute, demandando al solo pubblico ufficiale anche i poteri propri dello stato e riservando all'incaricato di pubblico servizio esclusivamente il solo esercizio dell'attività intellettuale-tecnica.

3. **Esercenti un servizio di pubblica necessità.** I professionisti sanitari che espletano la loro attività in forma privatistica (come liberi professionisti) assumono la qualifica di esercenti un servizio di pubblica necessità (art. 359 c.p. *"I privati che esercitano professioni forensi o sanitarie, o altre professioni il cui esercizio sia per legge vietato senza una speciale abilitazione dello Stato, quando dell'opera di essi il pubblico sia per legge obbligato a valersi"*).

A seconda della qualifica giuridica ricoperta dal sanitario, la norma prevede una serie di situazioni in cui il professionista sanitario è tenuto a comunicare all'Autorità Giudiziaria quei fatti di cui è venuto a conoscenza durante l'espletamento della propria attività. I soggetti sui quali ricade quest'obbligo di comunicazione/segnalazione sono tenuti dunque a conoscere quali fatti siano tenuti a comunicare, in quali altri casi possono esimersi da tale dovere, con quali modalità e quali contenuti debbano essere riferiti, con quali tempistiche.

Il codice penale, agli artt. 361[44], 362[45] e 365[46], bene illustra in quali situazioni gli esercenti una professione sanitaria (ma anche i volontari) siano per legge obbligati a riferire all'Autorità Giudiziaria di eventi ascrivibili alla fattispecie del reato.

Il termine di **referto** (art. 365 c.p.) definisce l'atto scritto con il quale l'**esercente un servizio di pubblica necessità** segnala all'Autorità Giudiziaria (Pubblico Ministero o qualsiasi ufficiale 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, art. 334 c.p.p.), in adempimento di un obbligo di legge, quei casi in cui ha prestato la propria opera o assistenza e che possono (spetterà infatti al magistrato verificare se il fatto denunciato abbia o meno le caratteristiche della procedibilità d'ufficio) presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio. La finalità è quella di permettere all'Autorità Giudiziaria di attivarsi per perseguire gli autori dei reati, assumendo

---

[44] c.p., art. 361, Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale: *"Il Pubblico Ufficiale, il quale omette o ritarda di denunciare all'Autorità Giudiziaria o ad un'altra Autorità che a quella abbia obbligo di riferirne, un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni, è punito con la multa da euro 30 a euro 516. La pena è della reclusione fino ad un anno, se il colpevole è un ufficiale o un agente di polizia giudiziaria, che ha avuto comunque notizia di un reato del quale doveva fare rapporto. Le disposizioni precedenti non si applicano se si tratta di delitto punibile a querela della persona offesa"*.

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

[46] c.p., art. 365, Omessa denuncia di referto: *"Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possano presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'Autorità indicata nell'art. 361, è punito con la multa fino a euro 516. Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale"*.

provvedimenti atti alla repressione della criminalità e, secondariamente, contribuire alla prevenzione della criminalità stessa. L'eventuale omissione di referto è prevista dal codice penale quale delitto contro l'amministrazione della giustizia. Destinatario, contenuto, modalità e tempistiche della comunicazione sono trattati all'art. 334[47] del codice di procedura penale.

Il termine rapporto o **denuncia di reato** (artt. 361 e 362 c.p.) identifica l'atto scritto con il quale un **pubblico ufficiale** o un **incaricato di pubblico servizio** rende noto all'Autorità Giudiziaria (Pubblico Ministero o un ufficiale di polizia giudiziaria, art. 331 c.p.p.) un fatto di cui ha avuto notizia nell'esercizio della propria professione, o a causa delle sue funzioni o del suo servizio, quando tale fatto rappresenti un reato procedibile d'ufficio. Contenuto della denuncia di reato, modalità e tempistiche di presentazione sono indicati agli artt. 331[48] e 332[49] del c.p.p.

Per saperne di più

Sotto il profilo formale, referto e denuncia di reato differiscono unicamente a motivo della diversa qualifica giuridica del soggetto tenuto alla compilazione: i pubblici ufficiali e gli incaricati di pubblico servizio redigono denuncia di reato, gli esercenti un servizio di pubblica necessità redigono referto. Sotto il profilo sostanziale, invece, esistono differenze tra referto e denuncia di reato sul piano delle possibili esimenti, essendo prevista la possibilità per i soggetti tenuti alla compilazione di referto (ma non della denuncia giudiziaria) la facoltà di astenersene nel caso in cui, facendolo, esporrebbero la persona

[47] c.p.p., art. 334, Referto: *"Chi ha l'obbligo del referto deve farlo pervenire entro quarantotto ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al pubblico ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria opera od assistenza ovvero, in loro mancanza all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino. 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. 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".*

[48] c.p.p., art. 331, Denuncia da parte di pubblici ufficiali e incaricati di un pubblico servizio: *"... i pubblici ufficiali e gli incaricati di un pubblico servizio che, nell'esercizio o a cause delle loro funzioni o del loro servizio, hanno notizia di un reato perseguibile d'ufficio, devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito. La denuncia è presentata o trasmessa senza ritardo al Pubblico Ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria. Quando più persone sono obbligate alla denuncia per il medesimo fatto, esse possono anche redigere e sottoscrivere un unico atto... ".*

[49] c.p.p. art. 332, Contenuto della denuncia: *"La denuncia contiene l'esposizione degli elementi essenziali del fatto e indica il giorno dell'acquisizione della notizia nonché fonti di prova già note. Contiene inoltre, quando è possibile, le generalità, il domicilio e quanto altro valga all'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".*

assistita a procedimento penale[50]. Tale esimente trova la sua giustificazione nel prevalente interesse ad assicurare la tutela del bene salute di fronte al rischio che il soggetto bisognoso di cure vi rinunci per non esporsi al pericolo di subire un procedimento penale. Inoltre, mentre il referto deve essere presentato entro 48 ore (salvo i casi in cui, sussistendo pericolo nel ritardo, vige l'obbligo di presentazione "immediata"), la denuncia giudiziaria deve essere presentata "senza ritardo".

Va ancora precisato che nel caso in cui più operatori intervengano nella medesima situazione sanitaria che abbia i connotati di un reato procedibile d'ufficio esiste la possibilità, invece di stilare singole e personali scritture, di redigere un'unica denuncia, firmata però da tutti i componenti, come peraltro specificato sia all'art. 334 c.p.p. riferito al referto, sia all'art. 331 c.p.p. riguardante la denuncia di reato.

Definite e analizzate in termini generali le caratteristiche giuridiche e procedurali del referto e della denuncia giudiziaria, appare di tutta evidenza come tutti gli operatori dei servizi di emergenza-urgenza (medici, infermieri afferenti alla centrale operativa 118, sia in servizio presso la centrale operativa, sia in servizio sui mezzi di soccorso, ma anche soccorritori delle Associazioni di volontariato sanitario), nonché il personale sanitario eventualmente presente sulla scena di un soccorso che presenti caratteri di un delitto procedibile d'ufficio, siano obbligati dalla legge alla compilazione e presentazione di referto o denuncia giudiziaria a seconda della diversa qualifica giuridica rivestita al momento dell'intervento[51].

A titolo esemplificativo, si riportano i principali delitti procedibili d'ufficio di possibile riscontro nell'attività di soccorso sanitario, per i quali gli operatori sono tenuti alla compilazione del referto (fatta salva l'esimente di omessa presentazione, nei casi previsti)/denuncia giudiziaria (per cui, giova ricordarlo, non è ammessa esimente):

- **Delitti contro la vita**: omicidio volontario (art. 575 c.p.), omicidio colposo (art. 589 c.p.), omicidio preterintenzionale (art. 584 c.p.), omicidio del consenziente (art. 579 c.p.), morte o lesioni conseguenti ad altro delitto (art. 586 c.p.), istigazione o aiuto al suicidio (art. 580 c.p.), infanticidio in condizioni di abbandono materiale e morale (art. 578 c.p.), casi in cui la causa della morte non sia certa e si abbia motivo di ritenere la responsabilità di terzi.
- **Delitti contro l'incolumità personale**: lesione personale (art. 582[52] c.p.), lesione personale/circostanze aggravanti (art. 583 c.p.), lesioni personali colpose (art. 590 c.p.) gravi e gravissime, limitatamente ai fatti commessi con violazione delle nor-

[50] Cass. Pen., Sez. VI, Sentenza n. 18502 del 9 aprile 2001: *"L'esonero del sanitario dall'obbligo di referto... è previsto solo per il caso in cui i fatti che si dovrebbero descrivere nel referto convergono nell'indicare il paziente quale autore del reato, esponendolo a procedimento penale"*.

[51] A titolo esplicativo: Medici, Infermieri e Volontari che agiscono all'interno del sistema di emergenza-urgenza saranno tenuti alla denuncia di reato, mentre medici ed infermieri eventualmente presenti sulla scena (ma non in servizio) saranno tenuti al referto; tutto questo alla luce del diverso ruolo giuridico rivestito nelle due situazioni.

[52] Se la malattia ha una durata non superiore ai venti giorni e non concorra alcuna aggravante, il delitto non ha procedibilità d'ufficio, ma a querela della persona offesa.

me per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali o relative alla tutela dell'igiene del lavoro.

- **Delitti contro la libertà individuale**: sequestro di persona (art. 605 c.p.), violenza privata (art. 610 c.p.).
- **Delitti contro la libertà sessuale**: violenza sessuale (art. 609 *bis* e seguenti c.p.) limitatamente ai casi in cui: il fatto sia compiuto nei confronti di persona che al momento del fatto non ha compiuto 14 anni; se il fatto è commesso da un genitore, anche adottivo, o dal convivente del genitore; se il fatto è commesso dal tutore o 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 funzioni; se si tratta di violenza sessuale di gruppo; nel caso di corruzione di minorenne previsto dall'art. 605 *quinquies*[11]; se il fatto è connesso ad altro delitto per il quale è prevista la procedibilità d'ufficio.
- **Delitti contro l'assistenza famigliare**: abuso dei mezzi di correzione o di disciplina (art. 571 c.p.), maltrattamenti in famiglia (art. 572 c.p.).
- **Interruzione volontaria della gravidanza al di fuori delle circostanze e modalità previste dalla Legge 22 maggio 1978, n. 194** "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione di gravidanza".
- **Delitti contro la pietà dei defunti**: vilipendio di cadavere (art. 410 c.p.), distruzione, soppressione o sottrazione di cadavere (art. 411 c.p.), occultamento di cadavere (art. 412 c.p.), uso illegittimo di cadavere (art. 413 c.p.).
- **Delitti contro la pubblica amministrazione**: abusivo esercizio di una professione (art. 348 c.p.).

Sono, invece, delitti di frequente riscontro nell'emergenza sanitaria extra-ospedaliera, ma procedibili a querela della persona offesa, per i quali, quindi, non vi è l'obbligo di presentazione di referto/denuncia giudiziaria:

- **Delitto di percosse** (art. 581 c.p.).
- **Delitto di lesione personale volontaria** (art. 582 c.p.) da cui derivi una malattia della durata inferiore ai 20 giorni e in assenza delle aggravanti previste dagli articoli 583 e 585.
- **Delitto di lesione personale colposa** (art. 590 c.p.), eccettuati i casi in cui le lesioni siano conseguenza di fatti commessi in violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative all'igiene del lavoro o che abbiano determinato una malattia professionale.
  Sono altresì esclusi dall'ambito di procedibilità a querela della parte offesa le lesioni personali che siano conseguenti ad altri delitti per i quali il codice penale prevede la procedibilità d'ufficio.
- **Delitto di violenza sessuale e delitti contro la libertà sessuale**. Eccettuati i casi, sopra esposti, per i quali la legge prevede la procedibilità d'ufficio, i reati contro la

[11] c.p., art. 609 *quinquies*, Corruzione di minorenne: *"Chiunque compie atti sessuali in presenza di persona minore di anni quattordici, al fine di farla assistere..."*.

libertà sessuale[51] sono procedibili a querela della persona offesa, con la particolarità che il termine per la presentazione della querela all'Autorità Giudiziaria è di sei mesi e, una volta proposta querela, questa non è revocabile.

Riferimenti bibliografici

ALBINI E. (2007), Responsabilità medica in équipe: divisione del lavoro e ripartizione della responsabilità, *Decidere in Medicina. Dal caso clinico all'evidenza*, Anno VII (3), pp. 23-28.

BALDASSARRI A. E BALDASSARRI S. (1993), *La responsabilità civile del professionista*, Giuffrè Editore, Milano.

BARNI M. (1994), Il giudizio medico-legale della condotta sanitaria omissiva, *Riv. It. Med. Leg.*, 16(1):3-7.

BARNI M. (2009), *Diritti-doveri: responsabilità del medico, dalla bioetica al biodiritto*, Giuffrè Editore, Milano.

BENCI L. (1999), Professioni Sanitarie non più ausiliarie. Il primo contratto di lavoro privatizzato. *Rivista di diritto delle professioni sanitarie*, n. 1/99, Ed. Lauri, Milano.

BIRKHOFF J.M. (2011), *Nozioni di medicina legale. Uno strumento per le professioni medico-sanitarie e giuridiche*, Franco Angeli, Milano.

CARNEVALE A. E D'OVIDIO C. (2005), *La professione di infermiere. Aspetti giuridici medico-legali etico-deontologici*, Piccin-Nuova Libraria, Padova.

CARTA A. (1967), *Responsabilità civile del medico*, Mario Bulzoni Editore, Roma.

CATTANEO G. (1958), *La responsabilità del professionista*, Giuffrè Editore, Milano.

CAZZANIGA A., CATTABENI C.M. E LUVONI R. (2006), *Compendio di medicina legale e delle assicurazioni*, XII edizione, UTET, Torino.

CHIARAVALLI M. E BIRKHOFF J.M. (2008), *Aspetti etico-deontologici e medico-legali dell'emergenza sanitaria. La responsabilità dell'infermiera volontaria.* In CROCE ROSSA ITALIANA – CORPO DELLE INFERMIERE VOLONTARIE, *L'infermiera volontaria CRI in emergenza*, Roma, pp. 144-200.

CUOMO L. E ROSSETTI M., (2012) *La responsabilità civile e penale del chirurgo nella giurisprudenza di legittimità*, Relazione dell'ufficio del massimario della Corte di Cassazione, n. 157 del 4.9.2012.

EUSEBI L. (2011), Medicina difensiva e diritto penale criminogeno. In *Riv. It. Med. Leg.*, 4-5, p. 1085 e seg..

FIANDACA G. E MUSCO E. (2010), *Diritto penale: parte generale*, VI ed., Zanichelli, Bologna.

FIORI A. (1999), *Medicina legale della responsabilità medica*, Giuffrè Editore, Milano.

[51] 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 cinque a dieci anni. Alla stessa pena soggiace chi induce taluno a compiere o subire atti sessuali: 1) abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto; 2) traendo in inganno la persona offesa per essersi il colpevole sostituito ad altra persona. Nei casi di minore gravità la pena è diminuita in misura non eccedente i due terzi"*.

FRATI P., ZAMPI M. E MONTANARI VERGALLO G. (2009), La responsabilità professionale medica: una categoria a parte?, *Riv. It. Med. Leg.*, pp. 527-538.

GARETTO G. (1994), *Aspetti medico-legali dell'urgenza, la nuova medicina d'urgenza*, Edizioni Medico Scientifiche, Torino.

GIACOBBE G. (1987), Voce "Professioni intellettuali". In *Enciclopedia del Diritto*, Giuffrè Editore, Milano.

IADECOLA G. (1993), *Il medico e la legge penale*, Liviana, Padova.

INTRONA F. (1955), *La responsabilità professionale nell'esercizio delle arti sanitarie*, Cedam, Padova.

LEONCINI I. (1999), *Obbligo di attivarsi, obbligo di garanzia e obbligo di sorveglianza*, Giappichelli Editore, Torino.

MACCHIARELLI L., ALBARELLO P., DI LUCA N.M. E FEOLA T. (2005), *Medicina legale*, Minerva Medica, Torino.

MAMONE D., RIZZI P. E ROCCA M. (1994), Responsabilità professionale nell'emergenza sanitaria, *Zacchia*, 67: 43-59.

MANTOVANI F. (1992), *Diritto penale. Parte generale*, III ed., Cedam, Padova.

NARDI R. E CIPOLLA D'ABRUZZO C. (1996), *La responsabilità del medico in medicina d'urgenza e pronto soccorso*, Centro Scientifico Editore, Torino.

PALMIERI L. (1999), *L'urgenza medico-legale. La competenza specialistica nell'attività del medico di base*, Giuffrè Editore, Milano.

PORTIGLIATTI BARBOS M. (1994), *Aspetti medico-legali dell'urgenza*. In GARETTO G. (a cura di), *La nuova medicina d'urgenza*, Edizioni Medico Scientifiche, Torino.

PUCCINI C. (1991), Inquadramento dottrinale delle problematiche medico-legali dell'urgenza. In *Problemi di deontologia e responsabilità nel D.E.A.*, III Corso Nazionale di aggiornamento in Medicina d'Urgenza, Bologna, ottobre 1991.

PUCCINI C. (1993), *Istituzioni di Medicina Legale*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano.

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

ROSSETTI M. (2011), *Responsabilità sanitaria e tutela della salute*, Relazione tenuta a incontro di studi del CSM. In www.cortedicassazione.it.

SCONTRINO MELILLO V. (1996), *Fondamenti legislativi del soccorso*, McGraw-Hill, Milano.

TAVANI M., PICOZZI M. E SALVATI G. (2007), *Manuale di deontologia medica*, Giuffrè Editore, Milano.