

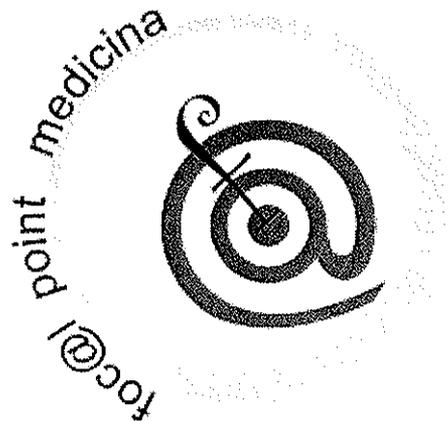
UNIVERSITA' degli STUDI di ROMA  
TOR VERGATA

# MEDICINA

## Legale

# Odontoiatria

Prof. Giovanni Arcudi



**MEDICINA LEGALE**  
per il Corso di Laurea in  
**ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA**

**INTRODUZIONE**

Definizione, finalità, metodo e sistema della Medicina Legale 4

**PARTE PRIMA**

Cap. I Nozioni elementari di diritto 6

Cap. II Il rapporto di causalità 21

Cap. III Medicina legale penalistica 28

Cap. IV Medicina legale civilistica 39

Cap. V Medicina legale delle assicurazioni 45

Cap. VI La identificazione personale 57

Cap. VII La patologia medico-legale 67

**PARTE SECONDA**

Cap. I La deontologia professionale 91

Cap. II La facoltà di curare e l'atto medico 100

Cap. III Il consenso all'atto medico 109

Cap. IV Il segreto professionale 120

Cap. V Il certificato medico 125

Cap. VI L'obbligo del referto e della denuncia 127

Cap. VII Le denunce obbligatorie 131

Cap. VIII La consulenza tecnica e la perizia 136

Cap. IX La cartella clinica 142

Cap. X L'omissione di soccorso 146

Cap. XI La responsabilità professionale 148

**APPENDICE**

Il Codice Deontologico 161

## INTRODUZIONE

### Definizione, finalità e metodo della medicina legale

*“La medicina legale è quella parte dello scibile medico che, convergendo per identità di obiettivo, si orienta e si irradia entro tutto il sistema del diritto”. (Giuseppe Moriani).*

Questa classica definizione rende ragione della natura, dello scopo e delle finalità della Medicina legale che deve essere, appunto, vista come una scienza medica che è utilizzata per la risoluzione di tutti quei problemi giuridico sociali che hanno come oggetto principale l'uomo come entità fisio-psichica e soprattutto come entità sociale.

Essa è, dunque, la disciplina che si avvale delle conoscenze mediche, ma anche di discipline non squisitamente mediche come la fisica, la chimica, la botanica, la zoologia, per contribuire alla formazione delle leggi, quelle che concernono l'essenza della persona, ed in questo caso si parla di *medicina legale giuridica*; ma interviene significativamente, ed a volte in maniera determinante, sul piano pratico applicativo, per la corretta interpretazione del precetto giuridico, ed in questo caso si denomina *medicina legale giudiziaria*.

La medicina legale era conosciuta fin dai tempi di Ur-Nammu, re dei Sumeri, nel 3050 a.c. e di Hammurabi nel 1950 a.c., nei cui codici erano previsti il risarcimento per lesioni provocate a terzi e pene corporali in misura pari al danno provocato, secondo la cosiddetta “legge del taglione”. In quei tempi, però, le nozioni scientifiche erano rudimentali e appannaggio di poche persone di cultura, cosicché il magistrato era in grado di decidere da sé in ogni questione. Fu lo sviluppo delle conoscenze tecniche a rendere insufficiente la cultura del giudice, favorendo l'intervento di un esperto e creando l'istituto della perizia. Furono così poste le basi per lo sviluppo della nuova disciplina.

Nel perseguire le finalità proprie la medicina legale riconosce un proprio ed esclusivo metodo, basato su due principi fondamentali:

1) *il rigorismo obiettivo*, per cui la realtà biologica deve essere guardata sempre in maniera obiettiva e particolareggiata, rifiutando la intuizione e l'interpretazione del dato anche "ex iuvantibus" che sono propri e talvolta irrinunciabili nel metodo clinico.

2) *il costante riferimento al rapporto giuridico cui il caso si riferisce*, nel senso che l'operatore della medicina legale deve sempre conoscere e tener presente il campo del diritto nel quale contingentemente svolge il proprio lavoro orientando anche le finalità delle indagini tecniche e delle risposte nel rispetto dell'esigenza giudiziaria del caso concreto.

La medicina legale, pur costituendo un unico sistema, può essere suddivisa in varie branche in funzione delle esigenze di ricerca ed operative; avremo così una *medicina legale penalistica*, una *medicina legale civilistica*, una *medicina legale canonica*, ed infine una *medicina legale assicurativa* che si interessa specificatamente dei problemi delle assicurazioni sia sociali che private.

Infine la medicina legale come disciplina che è finalizzata alla risoluzione di problematiche medico-sociali si rivolge anche e soprattutto al medico, operatore principale nell'applicazione della medicina, offrendo un valido supporto per gli indirizzi comportamentali che sono parte integrante dello svolgimento dell'attività professionale.

Questa parte della medicina legale si identifica nella *deontologia*.

Vedremo più appresso, nei capitoli a seguire, quale sono le articolazioni speculative ed operative della medicina legale nelle diverse branche sopra indicate.

## CAPITOLO I

### Nozioni elementari di diritto

#### 1. Generalità

Il diritto può essere definito come l'insieme di regole e norme preordinate al fine di garantire il mantenimento dell'ordine sociale.

La società, intesa quale collettività di persone che vivono insieme, che perseguono finalità generali comuni e che costituiscono, quindi uno Stato, ha necessità di fornirsi di un sistema di leggi che regolino i rapporti tra i consociati e lo Stato nonché i rapporti tra gli stessi consociati.

Questo sistema è rappresentato dal Diritto.

#### 1.1. Classificazioni del Diritto

Il Diritto può essere distinto in:

Diritto naturale: è l'insieme di regole derivanti dai principi di ordine morale che sono, o dovrebbero essere, connaturati alla persona e che derivano dall'ordine naturale che preesiste all'uomo ma che è rivolto all'uomo.

Si può fare l'esempio del principio naturale del *non uccidere* che rappresenta una norma di diritto naturale la quale, anche se non fosse scritta, sarebbe comunque recepita come principio basilare etico senza il quale la stessa convivenza civile non potrebbe esistere.

Diritto positivo: è l'insieme di norme giuridiche, scritte, poste in essere da appositi organi costituiti dallo Stato (organi legislativi) e garantite nella loro applicazione da altri organi, sempre costituiti dallo Stato (organi giurisdizionali ed amministrativi).

Il diritto positivo si divide in due grandi sistemi: quello del *diritto pubblico* e quello del *diritto privato*.

Il *diritto pubblico* regola i rapporti tra lo Stato ed i cittadini, garantendo così la tutela della collettività e la sua sopravvivenza civile.

Il diritto pubblico comprende il diritto costituzionale, il diritto amministrativo, il diritto penale, il diritto processuale penale.

Il *diritto privato* regola i rapporti tra i cittadini tutelando quindi, e garantendo, gli interessi del singolo individuo quando questi interessi contraggono rapporti, talvolta anche conflittuali, con gli interessi di un altro individuo.

Il diritto privato comprende il diritto civile, il diritto commerciale, il diritto della navigazione, il diritto del lavoro.

Diritto oggettivo: è costituito dall'insieme di norme che prescrivono determinati comportamenti.

Diritto soggettivo: è costituito dall'insieme di norme che tutelano direttamente un interesse della persona e supporta il potere di un soggetto titolare del diritto di esigere da un altro soggetto, l'osservanza di un dovere o di un obbligo che una norma impone a quest'ultimo nell'interesse del primo.

## 1.2. La norma e l'ordinamento giuridico

Una delle funzioni dello Stato, è quella di emanare leggi, cioè norme giuridiche che indirizzano il cittadino al corretto comportamento nelle diverse circostanze della vita. Le norme giuridiche sono, infatti, norme di condotta e di azione che formano il diritto.

L'elemento essenziale della norma giuridica è il dovere: dovere di conformarsi alle prescrizioni delle norme, che nel precetto indica la condotta da seguire o da non eseguire e la cui violazione comporta l'applicazione di sanzioni o di obbligazioni:

1) Sanzioni penali: per gli illeciti che configurano dei reati; esse consistono nella reclusione e nella multa per i delitti che sono le violazioni più gravi, e nell'arresto e nell'ammenda per le contravvenzioni che sono i reati di minore gravità; vi possono poi essere, eventualmente pene accessorie che sono comminate, quando ricorrano le circostanze, unitamente alle pene principali.

2) Obbligazioni civili: concernono l'esecuzione in forma specifica di ciò che si voleva ottenere tramite l'osservanza della norma, ad es. la violazione di un diritto altrui attraverso un illecito comporta l'obbligo del risarcimento del danno. In altri casi l'ordinamento commina la nullità dell'atto giuridico che viola la norma o consente la risoluzione del contratto per l'inadempimento dell'altro contraente.

3) Sanzioni amministrative: consistono nel pagamento di pene pecuniarie, nella sospensione ed annullamento di un'autorizzazione amministrativa, nella destituzione da un pubblico impiego, ecc.

I caratteri della norma giuridica sono:

1) La generalità: cioè la norma vale per tutti coloro che si vengano a trovare nella situazione disciplinata dalla norma.

2) L'astrattezza: cioè la norma non regola un solo singolo fatto, ma prevede in astratto la disciplina di situazioni che potranno verificarsi.

3) La positività: in quanto posta, scritta, dallo Stato, quindi vigente, ed in quanto deve regolare un interesse concreto della società e predisporre gli strumenti idonei per la sua tutela.

4) L'imperatività: consiste nella vincolatività del precetto garantita da sanzione

5) L'irretroattività: questo principio è sancito dall'art. 1 delle disposizioni sulla legge in generale, dette anche preleggi, che stabilisce *"la legge non dispone che per l'avvenire: essa non ha effetto retroattivo."*

Il principio è ulteriormente rafforzato in campo penale dove è eletto a precetto costituzionale dall'art. 25 della Costituzione per cui *"Nessuno può essere punito se non in forza di una legge che sia entrata in vigore prima del fatto commesso."*

La legge o una singola norma cessa di avere efficacia, o vigore, con l'abrogazione e ciò può avvenire in tre modi:

- a) per disposizione di una legge posteriore;
- b) mediante referendum popolare;
- c) con una sentenza della Corte Costituzionale che la rende inefficace.

### 1.3. Le fonti del diritto

Sono gli atti approvati dagli organi competenti con determinate procedure, contenenti le norme giuridiche.

L'art. 1 delle "Disposizioni sulla legge in generale" del Codice Civile indica quale sono le fonti del diritto: le leggi, i regolamenti, le norme corporative (ora abrogate), gli usi.

Tra le fonti si devono considerare anche la Costituzione, la carta O.N.U., i trattati della CEE, le leggi regionali.

Pertanto attualmente devono essere considerate fonti del diritto: 1) la Costituzione e le leggi costituzionali; 2) le leggi ordinarie; 3) gli atti aventi forza di legge; 4) i trattati ed i regolamenti comunitari, 5) le leggi regionali; 6) i regolamenti; 7) gli usi e la consuetudine.

Le fonti suddette hanno una disposizione gerarchica (così come sopra indicato con la numerazione), per cui le fonti di grado

superiore condizionano quelle di grado inferiore che non possono contrastare con le prime, pena l'illegittimità delle stesse.

#### 1.4. La codificazione

I codici, sono vaste ed organiche raccolte di norme che disciplinano una materia o un ramo del diritto. A differenza delle leggi ordinarie che sono a contenuto speciale e perciò sono dette leggi speciali, i codici costituiscono fonti di diritto generale.

I codici vigenti nel nostro ordinamento sono:

- 1) Codice Civile (C.C.) - in vigore dal 21 Aprile 1942.
- 2) Codice Penale (C.P.) - in vigore dal 1 Luglio 1931.
- 3) Codice di Procedura Penale (C.P.P.) - in vigore dal 24 Ottobre 1989.
- 4) Codice di Procedura Civile (C.P.C.) - in vigore dal 21 Aprile 1942.

Funzione simile ai codici hanno i Testi Unici che sono l'insieme di leggi specifiche su singoli argomenti (per esempio: Testo Unico delle Leggi Sanitarie); essi sono applicati nel diritto amministrativo e sono approvati ed emanati, così come avviene anche per i Codici, con decreti legislativi su legge delega del Parlamento al Governo.

#### 1.5. L'organizzazione costituzionale

Alla base di molte costituzioni c'è la "separazione dei poteri"; questo principio, propugnato da Montesquieu, risale al 1700 ed è finalizzato a garantire l'indipendenza e l'autonomia dei poteri dello Stato.

Nella nostra Costituzione il potere è così diviso:

- 1) *Potere legislativo* che spetta al Parlamento ed emana le Leggi;
- 2) *Potere esecutivo* che spetta al Governo ed emana i Decreti;
- 3) *Potere giudiziario* che è della Magistratura e pronuncia le Sentenze.

Organi di garanzia costituzionale sono:

- a) il Presidente della Repubblica;
- b) la Corte Costituzionale che annulla le leggi che contrastino con la Costituzione e che risolve i conflitti tra i poteri dello Stato.

### **1.6. Il Parlamento**

E' un organo bicamerale con il compito di emanare le leggi. Tale compito, eccezionalmente può essere affidato anche al Governo che vi provvede con l'emanazione di decreti legge.

Il Parlamento è costituito da due Camere: la Camera dei Deputati (composta di 630 deputati) ed il Senato (composto di 315 senatori più i senatori a vita, alcuni di diritto, come gli ex Presidenti della Repubblica, ed altri nominati dal Presidente della Repubblica, con D.P.R., tra le personalità di maggiore spicco sociale).

La durata del mandato dei parlamentari nelle due Camere (Deputati e Senatori) è di 5 anni; il periodo intercorrente tra una elezione e l'altra si chiama legislatura.

### **1.7. Il Presidente della Repubblica**

Il Presidente della Repubblica è eletto dal Parlamento in seduta comune e resta in carica per sette anni.

E' il Capo dello Stato ed ha il potere di sciogliere le Camere e di nominare il Presidente del Consiglio dei Ministri ed i Ministri stessi.

Le funzioni del Presidente della Repubblica, in caso di temporaneo impedimento di quest'ultimo, sono svolte dal Presidente del Senato della Repubblica.

### **1.8. Il Governo**

Ha il compito di attuare le leggi, di predeterminare l'indirizzo politico dello Stato e può anche emanare, in casi di necessità e di urgenza e su delega del Parlamento, i decreti legge che devono essere convertiti in legge entro 60 giorni; in mancanza di conversione in legge entro il periodo di tempo suddetto, il decreto decade.

### **1.9. La Magistratura**

Attraverso i Giudici svolge la sua attività di giurisdizione in piena autonomia ed indipendenza dagli altri poteri dello Stato.

Nell'esercizio del potere giurisdizionale i Giudici interpretano le norme giuridiche e le applicano al caso concreto. L'attività

giurisdizionale. consiste nell'accertamento del fatto e della sua liceità o illiceità e nella pronuncia di una sentenza.

L'art. 104 della Costituzione sancisce il principio di indipendenza della magistratura dagli altri poteri dello Stato e l'art. 101 stabilisce che il Magistrato è soggetto solo alla legge.

Il Consiglio Superiore della Magistratura, organo autonomo presieduto dal Presidente della Repubblica è organo di autogoverno dei Giudici e provvede alla nomina, ai trasferimenti, alle assegnazioni di sedi, nonché ai provvedimenti disciplinari nei confronti dei giudici.

La funzione giurisdizionale è esercitata unicamente dai giudici ordinari ed è vietata l'istituzione di giudici straordinari o speciali; tuttavia le deroghe sono costituite dal Consiglio di Stato, dai Tribunali Regionali, dalla Corte dei Conti e dai Tribunali Militari che in tempo di pace giudicano i reati commessi dai militari ed in tempo di guerra anche quelli commessi dai civili.

## **2. Il sistema del diritto pubblico**

Come già precedentemente detto il Diritto Pubblico comprende il diritto costituzionale, il diritto amministrativo, il diritto penale, il diritto processuale penale.

Del diritto costituzionale abbiamo già fatto qualche accenno mentre del diritto processuale parleremo oltre.

Vediamo ora di esaminare i punti del Diritto Penale che maggiormente ci interessano.

### **2.1. Il reato**

Si intende per reato la violazione della legge penale e cioè la infrazione di un precetto giuridico o di un divieto contenuto nella norma penale.

Quindi si definisce reato, "ogni fatto al quale l'ordinamento giuridico ricongiunge come conseguenza una pena". Essendo il reato una violazione di un precetto posto a protezione di un bene giuridico, e conseguendo da questa violazione una pena, esso riconosce un soggetto attivo, un oggetto ed un soggetto passivo.

E' soggetto attivo del reato è l'uomo, cioè colui che materialmente compie l'azione che viola il precetto contenuto nella norma penale.

L'oggetto giuridico del reato è il bene che il diritto intende proteggere da lesioni derivanti dall'azione antiggiuridica dell'uomo, e pertanto viene indicato come bene giuridico.

Per i reati che ledono la persona, che si riscontrano anche nell'ambito della responsabilità professionale, il bene giuridico è rappresentato dall'integrità psico-fisica della persona la cui offesa comporta o una lesione personale o la morte.

Il soggetto passivo del reato è la vittima cioè la persona offesa dal reato i cui beni, sia morali che materiali, tra cui rientra anche l'integrità psico-fisica, risultano lesi dall'azione antiggiuridica.

In via semplificativa si può dire, con riferimento al tema qui in trattazione, che ogni qualvolta vi sia un errore nella prestazione sanitaria causativo di un danno al paziente, ai fini del reato si identifica un soggetto attivo, il medico, un soggetto passivo, il paziente ed un oggetto rappresentato dal bene giuridico della salute.

Nel reato si possono identificare due componenti principali: l'elemento oggettivo e l'elemento soggettivo.

Per elemento oggettivo del reato si deve intendere il fatto materiale, identificabile nel comportamento dell'uomo, da cui discende la lesione del bene giuridico protetto dalla norma.

Componenti quindi dell'elemento oggettivo del reato sono: la condotta, l'evento ed il rapporto di causalità tra la condotta e l'evento.

La condotta è ogni azione, ogni comportamento che scaturisce dall'uomo e trova in esso il suo principio. Nella condotta si possono riscontrare una forma attiva ed una forma passiva: nel primo caso si parlerà di condotta commissiva, nel secondo di condotta omissiva.

L'azione, cioè la condotta commissiva, è una manifestazione esterna della volontà del soggetto che si estrinseca attraverso una serie di atti fisici tra loro concatenati e subentranti così da formare un procedimento complesso. Essendo promanazione della volontà dell'uomo, la condotta commissiva è rilevante ai fini del reato solo nella misura in cui tutto il processo attuativo dell'azione rimane nella sfera di dominio dell'uomo. Pertanto tutte quelle azioni che sfuggono a tale dominio in quanto su di esse la mente cosciente non riesce ad esercitare un adeguato controllo, come possono essere i gesti istintivi, non sono elementi costitutivi del reato e quindi le relative conseguenze dannose non possono essere imputabili a titolo di dolo al soggetto che li ha compiuti.

Si prenda il caso, per esempio, di un chirurgo che mentre sta effettuando un intervento chirurgico delicato, a motivo di una improvvisa insorgenza di un crampo muscolare, produce

un'importante lesione vascolare o nervosa. Questa azione, sia pure causativa di un danno al paziente, non avrà una rilevanza penale e pertanto non ci sarà reato.

L'omissione è, sotto il profilo naturalistico, la mancanza assoluta di qualsiasi attività volontaria dell'uomo. Per il diritto, tuttavia, la rilevanza dell'omissione si riscontra solo quando il soggetto non mette in atto un comportamento od un'azione che, per disposizioni di legge era invece obbligato a fare.

Nel nostro sistema del diritto positivo l'omissione è trattata, ai fini della rilevanza giuridica e quindi del reato, alla stessa stregua dell'azione.

Recita infatti l'ultimo comma dell'art. 40 c.p.: "*Non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo*".

Si hanno pertanto, in diritto penale, due tipi di reato: quello commissivo e quello omissivo. Perché ci sia il primo è necessario che l'azione umana controllabile dalla mente integri una delle previsioni giuridiche contenute in una qualsiasi delle norme penali; perché ci sia il reato omissivo è necessario che il soggetto non faccia volontariamente e coscientemente, sempre sotto il controllo della mente, un'attività, un'azione che la legge gli imponeva espressamente di fare.

Commette il delitto di omicidio colposo il medico che nella prestazione della sua opera professionale somministra al paziente un farmaco sbagliato causandone la morte. Parimenti commette delitto di omicidio colposo il medico che, pur avendo l'obbligo di effettuare una terapia ad un paziente, omette di farlo in quanto se ne dimentica e dalla mancata terapia deriva la morte del paziente stesso.

L'evento del reato può essere definito come l'effetto dell'azione anti-giuridica messa in atto dal soggetto attivo del reato. Naturalmente quando si parla di effetto non si deve intendere qualsiasi fatto che naturalisticamente segue l'azione ma solo quell'entità fenomenologica che risulta legata all'azione stessa da un chiaro nesso etiologico. In altri termini perché un fatto possa essere considerato evento giuridico, e quindi elemento costitutivo del reato, è necessario che rappresenti la conseguenza diretta od indiretta, la manifestazione ultima del determinismo causale animato dall'energia espressa dall'azione anti-giuridica.

Pertanto, se si vuole semplificare facendo riferimento al campo della prestazione sanitaria, non tutti gli eventi dannosi che si dovessero verificare nel corso del rapporto terapeutico devono avere

una connotazione iatrogena; ma deve essere attribuito alla responsabilità del medico solo quell'evento che risulti causalmente riconducibile alla condotta del sanitario.

## **2.2. La pena**

Lo Stato per perseguire il fine primario di garantire la pacifica convivenza dei cittadini e di mantenere l'ordine preconstituito, ha il diritto-dovere di punire il soggetto che si renda responsabile di una condotta che viola le norme giuridiche.

La pena quindi rappresenta lo strumento attraverso il quale lo Stato sanziona il comportamento antiggiuridico del componente la collettività sociale.

Nel nostro sistema del diritto penale vige il principio della stretta legalità in ossequio al quale nessuno può essere punito per un fatto che non sia previsto espressamente dalla legge come reato e la pena che può essere comminata deve essere quella espressamente prevista dalla norma che sanziona il reato stesso.

Come già rilevato le pene si distinguono in pena detentiva e pena pecuniaria. La pena di morte è stata cancellata dal codice penale vigente. Sono, ovviamente, bandite dal nostro sistema penale le pene corporali che sono tutt'ora comminate da alcune legislazioni in vigore perlopiù in paesi orientali e medio-orientali (lapidazione, amputazione corporea, bastonatura, fustigazione, ecc.).

## **3. Il sistema del diritto privato**

Come sopra rilevato il Diritto Privato regola i rapporti tra i cittadini tutelando quindi, e garantendo, gli interessi del singolo individuo quando questi interessi contraggono rapporti, talvolta anche conflittuali, con gli interessi di un altro individuo.

Il diritto privato comprende il diritto civile, il diritto commerciale, il diritto della navigazione, il diritto del lavoro.

Tralasciando di approfondire i vari campi del diritto privato accenniamo brevemente a due temi che sono di notevole interesse per la medicina legale e che verranno successivamente trattati nel capitolo della medicina legale civilistica.

### 3.1. Il danno

Il danno può essere definito, in senso generale, come *pregiudizio alla sfera degli interessi della persona*.

Il danno, quindi è la lesione di un bene che può essere *materiale* ovvero *morale*.

Nell'ambito dei beni materiali distinguiamo il *danno emergente* ed il *danno da lucro cessante*.

Il primo rappresenta la perdita economica, reale che si traduce in un decremento del patrimonio economico del soggetto; il secondo rappresenta il venir meno di un introito economico a causa della impossibilità del soggetto di produrre un reddito.

Vedremo più avanti come la giurisprudenza della Corte Costituzionale abbia sancito il valore economico della persona in quanto tale che, pertanto, è assimilabile ad un bene materiale suscettibile di danno emergente.

Il *danno morale* attiene alla sfera dei sentimenti della persona e rappresenta il patimento sofferto come conseguenza di una azione anti-giuridica, penalmente rilevante.

Il danno morale, proprio per questa sua connotazione, può esistere esclusivamente come conseguenza di un reato. In questo caso il danno è liquidato dal giudice in via equitativa.

### 3.2. L'obbligazione di risarcire il danno

Una norma fondamentale del nostro diritto civile, contenuta nell'art. 2043 del codice civile, stabilisce il principio generale secondo il quale qualsiasi azione od omissione, sia dolosa che colposa, che cagioni ad altri un danno ingiusto obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno.

Questo principio, che attiene al risarcimento da fatti illeciti, trova applicazione nella maggior parte dei rapporti tra le persone ivi comprese le attività di prestazione d'opera professionale.

Oltre all'obbligo di risarcimento del danno da fatto illecito vi è l'obbligo di risarcire il danno derivante da inadempienza contrattuale sancito dalle norme che regolano il contratto. Può essere il caso di una prestazione sanitaria contrattualmente predefinita che sortisca un risultato peggiorativo per il paziente.

## 4. Il diritto processuale

### 4.1. Il sistema giudiziario

L'ordinamento giudiziario prevede la pluralità dei gradi della giurisdizione: ogni decisione emessa dal giudice di primo grado, può essere sottoposta a nuovo giudizio in secondo grado (l'appello, che insieme al giudizio di primo grado formano il "doppio grado della giurisdizione"; infine, la stessa decisione può essere oggetto di ricorso per Cassazione che è un giudice di legittimità, a differenza degli altri che sono giudici di merito.

Qualora si facciano decorrere i termini utili per impugnare la sentenza o, quando l'impugnazione viene respinta, la sentenza è irrevocabile, cioè passa in giudicato.

La funzione giurisdizionale, è ripartita secondo la competenza per materia, per territorio o per valore. Può essere suddivisa in giurisdizione civile o penale.

**La giurisdizione civile** per territorio e per materia, è così articolata per il primo grado del giudizio:

- giudice di pace: competente per controversie del valore sino a 5 milioni;
- Tribunale: competente per controversie del valore oltre i 5 milioni;

Il secondo grado del giudizio è garantito dalla:

- Corte di appello che è organo collegiale e che giudica in secondo grado sulle sentenze emesse dai giudici di primo grado.

Il terzo grado di giudizio è garantito dalla:

- Corte di Cassazione che ha unica sede in Roma ed è suddivisa in 6 sezioni. Giudica sui ricorsi presentati contro le sentenze dei gradi precedenti; è giudice di legittimità per cui può giudicare solo questioni di diritto e non di merito, cioè non può giudicare né sul fatto né sulla sua attribuibilità a qualcuno, quindi non può accertare i fatti della causa, ma cura che la legge sia stata applicata correttamente.

**La giurisdizione penale** è affidata nel primo grado di giudizio

a:

- Tribunale per quasi tutti i reati;
- Corte d'Assise per i reati contro la persona ed altri di grande allarme sociale.

Il secondo grado di giudizio è garantito da:

- Corte d'Appello per le sentenze emesse dal Tribunale;

- Corte d'Assise d'Appello per le sentenze della Corte d'Assise.  
Il terzo grado del giudizio è garantito da:
- Corte di Cassazione che è giudice di legittimità e, come nel giudizio civile, giudica solo sulla legittimità cioè sulla corretta interpretazione ed applicazione della legge da parte dei giudici di merito.

#### 4.2. Il procedimento penale

Nel processo penale predomina l'interesse pubblico alla punizione dell'autore del reato.

La Costituzione stabilisce che l'azione penale è obbligatoria ed è il Pubblico Ministero ad esercitarla a seguito di segnalazione da parte della polizia giudiziaria (denuncia) o da parte dei privati (esposto, querela).

Gli uffici del Pubblico Ministero sono le Procure istituite presso i vari organi giudicanti, e sono dirette ciascuna dal P.M. funzionalmente superiore: il Procuratore della Repubblica presso il Tribunale, il Procuratore Generale della Repubblica presso la Corte d'Appello e il Procuratore Generale presso la Corte di Cassazione; da questi, dipendono i Pubblici Ministeri, sostituti procuratori.

Le parti processuali sono:

- il Pubblico Ministero che è il titolare ed il promotore dell'azione penale e che rappresenta lo Stato;
- l'imputato che è il soggetto che si presume abbia commesso il reato e che deve difendersi;
- la parte civile che è quella che sostiene le ragioni private dell'accusa ed è colei che ha subito il danno.

Il processo penale si svolge in tre fasi:

1° Delle indagini preliminari. L'azione del P.M. comincia con l'avvio delle indagini preliminari con l'ausilio della polizia giudiziaria. Quando il P.M. ritiene che le indagini svolte abbiano presso di acquisire sufficienti dati inerenti al caso in questione trasmette gli atti al giudice delle indagini preliminari (G.I.P.) con una richiesta che può essere di proscioglimento per la persona nei cui confronti si è indagato, ovvero di rinvio a giudizio nel caso siano state raccolte prove o seri indizi di colpevolezza tali da giustificare un dibattimento processuale. Nel caso in cui il G.I.P. ritenga sussistano consistenti elementi per giustificare il dibattimento dispone il rinvio a giudizio dell'indagato.

2° Dell'udienza Preliminare, tenuta dal giudice dell'Udienza Preliminare (G.U.P.) nella quale il P.M. presenta le prove raccolte; il giudice, deve stabilire se queste siano o meno sufficienti per passare alla fase dibattimentale. Se nel corso dell'udienza preliminare gli elementi raccolti non appaiono sufficienti, il G.U.P. emette sentenza di non luogo a procedere e l'indagato viene prosciolto.

L'incidente probatorio è una fase eventuale delle indagini preliminari e può essere richiesto sia dal P.M. che dall'indagato nei casi in cui si renda necessario l'acquisizione di alcune prove che si prevede non sarà possibile acquisire nel dibattimento, poiché esiste un pericolo di dispersione delle stesse. E' opportuno chiarire che gli elementi raccolti nelle indagini preliminari, ad eccezione di quelle relative all'incidente probatorio, anche se sono elementi suscettibili di diventare prove, non costituiscono prove perché la prova può essere formata esclusivamente nel dibattimento.

3° Il dibattimento si svolge davanti al giudice del dibattimento il quale è imparziale nei confronti delle parti, rappresentate dal P.M. e dalla difesa ciascuna delle quali presenta le prove, contrarie e favorevoli all'imputato, e procedono all'interrogatorio dei testimoni, dei consulenti e dei periti; ciò avviene attraverso il meccanismo dell'esame incrociato cioè esame e controesame.

Il giudice, al termine del dibattimento, valuta se le prove dell'accusa sono sufficienti per la condanna e, in tal caso, pronuncia sentenza motivata di condanna; nel caso in cui le prove siano insufficienti pronuncia sentenza di assoluzione.

Accanto a questo procedimento, che si chiama ordinario, sono previsti altri abbreviati in quanto consentono di saltare alcune fasi processuali:

- Giudizio per direttissima e giudizio immediato in cui si salta l'udienza preliminare e si giunge immediatamente al dibattimento. Questo tipo di procedimento viene adottato nei casi in cui la colpevolezza dell'imputato è evidente o perché arrestato in flagranza o perché ha confessato.

- Giudizio abbreviato viene chiesto dall'imputato per evitare il dibattimento. Se il P.M. presta il suo consenso, il procedimento verrà effettuato davanti al G.I.P. in base agli atti del P.M.. In caso di condanna dell'imputato, la pena è ridotta di un terzo.

- Procedimento per decreto è chiesto dal P.M. quando ritiene che si può applicare una pena pecuniaria, anche al posto di quella detentiva; l'imputato però può fare opposizione e chiedere il rito ordinario.

- Patteggiamento si ha quando le prove sono evidenti ed i reati meno gravi. L'accusa e la difesa patteggiano la pena da applicare all'imputato che potrà essere ridotta di un terzo.

#### 4.3. Il procedimento civile

Il processo civile inizia con il compimento dell'atto di citazione con cui la parte lesa (attore), cita in giudizio l'autore della violazione (convenuto) affinché questi risponda in giudizio del danno provocato e sia tenuto, di conseguenza, al risarcimento del danno stesso.

L'onere della prova spetta a colui che vuol far valere un diritto in giudizio. Esistono casi in cui si realizza l'inversione dell'onere della prova e questo avviene quando la dimostrazione probatoria è assai difficile se non impossibile per l'attore; in questo caso è colui che ha commesso l'illecito a dimostrare di aver fatto il possibile per evitare la produzione del danno.

La causa civile è istruita ad opera di un giudice che regola e garantisce la formazione delle prove. Nel corso di causa possono essere esperiti esperimenti giudiziari o consulenze tecniche.

Al termine dell'istruttoria il Tribunale emette la sentenza che, in alcuni particolari casi, può essere immediatamente esecutiva.

Il processo civile si articola nei tre gradi di giudizio così come sopra evidenziato.

#### 4.4. Il procedimento amministrativo

Il diritto amministrativo è una branca del diritto pubblico che si occupa di tutto ciò che concerne la P.A. (Pubblica Amministrazione).

L'attività amministrativa è quella con la quale lo Stato si occupa del soddisfacimento degli interessi pubblici e sociali che esso assume come suoi fini.

La giurisdizione amministrativa ha il compito di garantire la legittimità dell'azione nella pubblica amministrazione, a garanzia dei rapporti tra gli enti pubblici e tra questi e i cittadini.

Gli organi della giurisdizione amministrativa sono:

- Tribunale Amministrativo Regionale (T.A.R.) istituito nel 1971 presso ogni capoluogo di Regione. E' organo di giustizia amministrativa di primo grado, ha competenza per tutti gli atti lesivi di un interesse legittimo, tranne che non sia di competenza di un giudice diverso. Il giudice del T.A.R. in presenza di un atto

viziato di incompetenza, può annullare l'atto stesso oppure rimettere il problema all'autorità competente. In caso di eccesso di potere e violazione di legge può annullare in tutto o in parte l'atto illegittimo; a differenza del giudice ordinario, il giudice amministrativo può, dunque, intervenire sull'atto annullandolo o modificandolo.

- Consiglio di Stato, diviso in sei sezioni di cui tre svolgono funzioni consultive, e le altre tre funzioni giurisdizionali. E' giudice d'appello sulle decisioni del T.A.R.; oltre a ciò, rappresenta l'organo di consulenza giuridico-amministrativa del Governo.

## CAPITOLO II

### Il rapporto di causalità

#### 1. Generalità

Per rapporto di causalità si intende lo studio del legame che intercorre tra due fenomeni del mondo esteriore dei quali uno assume il ruolo di causa e l'altro il ruolo di effetto.

Poiché in natura tutti i fenomeni sono sempre connessi tra loro da legami di dipendenza che ne condizionano il divenire, ben si comprende come il problema dello studio delle leggi che regolano tale connessione abbia sempre avuto un posto importante nel processo cognitivo dell'uomo.

Stabilire quando un fenomeno può essere indicato quale diretta conseguenza di un altro e poter capire con quali leggi e con quali modalità si realizza la correlazione tra i fenomeni, rappresenta una esigenza primaria per tutte le scienze e quindi anche per la medicina.

Lo studio delle leggi che regolano la connessione causale è altresì importante per il diritto poiché in tutti i campi di applicazione dello stesso vi è l'esigenza di stabilire quando una modificazione del mondo esteriore possa essere attribuita all'uomo, quando cioè un evento si è verificato come conseguenza di un'azione umana.

Nella misura in cui sarà possibile stabilire l'esistenza di questo legame, che rappresenta appunto una connessione causale o rapporto causale, si potrà attribuire all'uomo la responsabilità di quegli accadimenti dei quali la sua azione rappresenta la causa.

#### 1.1. La causalità naturale

Quando una modificazione del mondo esteriore rappresenta il risultato dello sviluppo dell'energia sprigionata da un altro fenomeno del mondo esteriore si dice che tra le due manifestazioni esiste un rapporto etiologico o di causalità naturale.

In tale concezione materialistica al fenomeno dal quale prende vita l'energia in grado di modificare la realtà esterna si attribuisce

il nome ed il ruolo di *causa*, mentre alla modificazione che si realizza quello di *effetto*.

Quindi l'attributo sostanziale della causa è la sua capacità energetica di modificare la realtà esterna. Pertanto è sempre valida ed insostituibile la definizione: "*causa è ciò che modifica*".

### 1.2. La causalità umana

Quando l'azione dell'uomo si inserisce nel complesso divenire del mondo esteriore stimolando, con il proprio apporto energetico, la produzione di un evento si parla di causalità umana.

Solo la causalità umana può determinare modificazioni di un interesse giuridico, anche se in nessun caso l'azione umana potrà considerarsi isolata e venire estrapolata dal contesto "naturale" in cui si compie.

Questo è molto importante poiché, come di seguito si vedrà, non essendo mai un evento la conseguenza di una sola causa, è necessario individuare nel complesso divenire delle cose quale è stato il ruolo effettivo causale che ha avuto l'uomo nella produzione dell'evento giuridicamente rilevante.

### 1.3. La causalità giuridica

Quando una modificazione del mondo esteriore rappresenta il risultato dell'azione antiggiuridica, quindi attribuibile all'uomo, si parla di causalità giuridica.

L'azione antiggiuridica può essere di tipo omissivo, stante il secondo comma dell'art. 40 c.p.: "*Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo*", o più frequentemente di tipo commissivo.

Così, se si verifica un allagamento, questo potrebbe essere attribuito alla deviazione volontaria del corso di un fiume, azione chiaramente di tipo commissivo, o al non aver provveduto a creare lungo lo stesso ipotetico fiume argini adeguati a contenerne la piena, con un comportamento di tipo omissivo.

## 2. Le teorie sulla causalità

Studiare il rapporto di causalità vuol dire individuare tra gli antecedenti di un evento quale ne sia la causa.

Le teorie più accreditate, per l'individuazione del fenomeno a cui attribuire il ruolo di causa nella determinazione di un evento che ci interessa, sono:

- la teoria della "conditio sine qua non", che definisce causa qualsiasi antecedente senza cui l'evento non si sarebbe potuto verificare;

- la teoria della "causalità adeguata", secondo cui non tutti gli antecedenti hanno un'energia sufficiente a produrre un dato evento ed è causa dell'evento solo l'antecedente che ha prodotto un'energia adeguata.

Quella della "conditio sine qua non" è una teoria speculativa che rischia di creare un'inesauribile catena regressiva di eventi. E' stata pertanto abbandonata a favore della teoria della causalità adeguata, attualmente adottata dal nostro sistema penale.

Nell'ambito dei fenomeni biologici, e quindi soprattutto nell'ambito medico, può trovare una concreta applicazione la cosiddetta teoria dell'energia causale o della forza efficiente.

Secondo questa concezione, partendo dal presupposto che per produrre un evento è necessaria una quantità determinata di energia, sarà individuato come causa quell'antecedente che ha in se tutta l'energia causale necessaria e sufficiente per produrre l'evento in esame.

Quando invece l'energia causale necessaria a produrre l'evento in esame non si trova in un solo antecedente ma è necessario individuarne diversi, allora si parlerà di concorso di antecedenti causali e la loro individuazione tenendo conto del contributo che hanno singolarmente fornito per la produzione dell'evento, sarà fatta in funzione del quantum di energia causale, qualificata per quell'evento, che ognuno possiede.

Per l'attribuzione del nesso causale, vanno dunque presi in considerazione tutti gli antecedenti che precedono un evento e classificati secondo tre categorie fondamentali:

- antecedenti indifferenti all'evento, che non interferiscono nell'evoluzione della concatenazione degli eventi;

- eventi condizionali, che non sono direttamente causa dell'evento ma che rappresentano condizioni comunque necessarie alla produzione dell'evento stesso;

- fattori causali, che effettivamente forniscono la forza causale adeguata all'evento.

Solo questi ultimi hanno dignità causale.

### 3. La causalità nel nostro sistema penale positivo

Il sistema penale positivo ha accettato ed adottato la teoria della causalità adeguata.

#### 3.1. Art.40 c.p.: Rapporto di causalità

Il rapporto di causalità è codificato dall'art. 40 c., che recita:

*"Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato se l'evento dannoso o pericoloso da cui dipende l'esistenza del reato non è conseguenza della sua azione od omissione.*

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

La possibilità di dimostrare l'esistenza di un reato e di identificarne un responsabile, non può dunque prescindere dalla sicura dimostrazione che l'evento dannoso sia attribuibile, con il criterio causale, all'azione o all'omissione del soggetto autore dell'azione antigiuridica.

Solo ed esclusivamente in tal caso l'azione umana riveste una rilevanza penale quale elemento costitutivo del reato ed il suo autore è chiamato a rispondere delle conseguenze. E' imperativo dunque che la ricerca della o delle cause di un determinato effetto sia scrupolosa e che non venga tralasciato alcun passaggio.

La necessità di prevedere tassativamente l'esistenza di un rapporto causale ai fini dell'attribuzione di un reato scaturisce dal fatto che nelle variegate situazioni del vivere sociale si osserva una rilevante quantità di modificazioni del mondo esterno che non contrae alcun legame con la condotta dell'uomo e che, quindi, non può essere messa a suo carico.

Queste situazioni, ovviamente, non danno luogo ad alcuna ipotesi di rilevanza giuridica e conseguentemente penale, anche se apparentemente si inscrivono nello stesso ambito in cui si svolge l'azione umana.

Così, se nel corso di una prestazione d'opera in ambito sanitario un paziente accusa un aggravamento della patologia curata o si manifesta un nuovo processo patologico od un danno, non automaticamente queste conseguenze dannose possono essere attribuite all'opera del medico che sta curando quel paziente; occorre che si dimostri che quell'evento dannoso sia stato realmente la conseguenza, diretta od indiretta, dell'azione del medico e non sia invece attribuibile, come il più delle volte accade, a processi

patologici a genesi autonoma che solo occasionalmente si manifestano nello stesso ambito temporale del rapporto di cura.

Anche di fronte ad un'azione chiaramente antisociale dobbiamo analizzare con spirito critico gli effetti, senza dare nulla per scontato. Così, se un uomo spara ad una persona e questa muore, non possiamo essere certi che la morte sia stata causata dal proiettile che ne ha trapassato il corpo: il decesso potrebbe, ad esempio, essere sopravvenuto per un arresto cardiaco dovuto allo spavento.

L'effetto dell'azione antiggiuridica nei due casi sarebbe chiaramente di diversa gravità.

### 3.2. Art.41 c.: Concorso di cause

Come si deduce anche dall'esempio precedente, un evento può essere frutto dell'azione di più fattori causali che, concorrendo tra loro, producono un unico effetto finale: si parla in tal caso di "concorso di cause".

Questo aspetto del rapporto di causalità è trattato nell'Art. 41 c., che così recita:

*"Il concorso di cause preesistenti o simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall'azione od omissione del colpevole non esclude il rapporto di causalità fra l'azione od omissione e l'evento.*

*Le cause sopravvenute escludono il rapporto di causalità quando sono state da sole sufficienti a determinare l'evento. In tal caso se l'azione o l'omissione precedentemente commessa costituisce per sé un reato si applica la pena per questa stabilita.*

*Le disposizioni precedenti si applicano anche quando la causa preesistente o simultanea o sopravvenuta consiste nel fatto illecito altrui".*

Per le disposizioni contenute nel predetto articolo, quando alla produzione di un evento dannoso, attribuibile causalmente all'azione di una persona, concorrono altri elementi causali, siano essi preesistenti o simultanei o sopravvenuti, questi non interrompono la connessione causale tra l'azione della persona e l'evento dannoso, nel senso che il colpevole dell'azione è comunque chiamato a rispondere penalmente delle conseguenze della propria azione.

Certamente tali cause concorreranno però nella determinazione della "gradazione" della pena.

Così ad esempio, se un soggetto si rende responsabile di una frattura alla gamba di un altro soggetto e quest'ultimo, dopo essere stato ricoverato in ospedale per le conseguenze del trauma, muore perché la necessaria immobilità a letto induce una insufficienza cardio-respiratoria, causata anche da una grave cardiopatia sclerotica e da una pneumopatia cronica di cui il soggetto era portatore (cause patologiche preesistenti), chi ha prodotto la frattura alla gamba viene chiamato a rispondere della morte del soggetto, nulla rilevando, appunto, sotto il profilo causale, le preesistenti patologie della vittima che pure hanno contribuito in massima parte alla produzione dell'evento morte.

Vi è un solo caso, nel regime del concorso delle cause, previsto nel secondo comma del predetto articolo di legge, in cui la causa sopravvenuta interrompe il nesso causale: è il caso in cui essa ha una energia causale necessaria e sufficiente a produrre da sola l'evento dannoso.

Deve trattarsi quindi di una causa sopravvenuta a genesi autonoma ed avente forza causale completa per la produzione di quell'evento.

Così, ad esempio, se un soggetto viene ricoverato in ospedale perché ha riportato lievi lesioni a seguito di sinistro stradale e durante il ricovero un infermiere, per errore, gli somministra un potente veleno (causa sopravvenuta) causandone la morte, di quest'ultima risponde non l'investitore, ma solo l'infermiere che ha messo in atto una causa sopravvenuta in grado da sola di produrre l'evento.

In campo medico lo studio del rapporto di causalità è complicato dal fatto che l'azione del medico verte sempre nel campo del concorso delle cause poiché l'intervento medico si inserisce quando è già in atto un determinismo causale animato dalla causa patologica che il medico è chiamato a curare.

#### 4. La criteriologia medico-legale

Per l'ammissione o l'esclusione di un fatto dal nesso causale serve un metodo di ragionamento codificabile.

I criteri di giudizio fondamentali, universalmente adottati per connotare la forza causale, sono quattro:

- Il *Criterio Cronologico*, secondo cui la causa deve precedere l'evento di un lasso di tempo adeguato alla natura dell'evento stesso.

Così, nel caso di una malattia infettiva bisogna verificare se il tempo intercorso tra l'eventuale contagio e il manifestarsi della patologia è compatibile con il periodo di incubazione specifico.

- Il *Criterio Quantitativo*, secondo cui la causa deve possedere una quantità adeguata a produrre l'effetto.

A questo proposito, ad esempio, la farmacologia ci insegna che la dose mortale varia in base alla sostanza.

- Il *Criterio Qualitativo*, secondo cui la causa deve essere per sua natura in grado di produrre l'effetto.

La stessa quantità di energia, ad esempio, può esprimersi con qualità diverse producendo effetti differenti, in base alla dimensione della superficie su cui agisce, alla conformazione del mezzo con cui è applicata.

- Il *Criterio Modale*, secondo cui la modalità d'azione della causa deve essere compatibile con l'effetto prodotto.

Così, l'effetto di una stessa quantità di una determinata sostanza tossica sarà diverso a seconda della via di somministrazione.

## CAPITOLO III

### Medicina legale penalistica

#### 1. Generalità

La medicina legale ha come scopo, tra gli altri, quello di contribuire alla risoluzione di diverse problematiche del diritto pubblico, segnatamente penale, per le quali sono richieste conoscenze di natura biologica.

I temi generali del diritto penale, sia sostanziale che procedurale, che maggiormente interessano la medicina legale in quanto la loro discussione non può prescindere dalla profonda conoscenza dell'essenza fisio-psichica dell'uomo, sono quelli della *imputabilità*, della *responsabilità penale*, dei delitti contro la persona in particolare il delitto di omicidio ed i *delitti di percosse e di lesione personale*.

Esamineremo analiticamente ognuno dei temi suddetti cercando di cogliere, nel contempo, quegli aspetti del diritto penale la cui conoscenza è indispensabile per un corretto esercizio della professione.

#### 2. Imputabilità

Possiamo definire l'imputabilità come la capacità di rispondere di fronte alla legge delle conseguenze giuridiche del proprio operato.

Art. 85 C.P.:

*"Nessuno può essere punito per un fatto previsto dalla legge come reato, se, al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile.*

*E' imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere"*

A norma di questo articolo non è imputabile chi ha commesso un reato, ma si trovava in uno stato di incapacità d'intendere e di volere al momento del fatto.

L'imputabilità è una qualità che attiene alla persona e si acquista nel momento in cui si compie il quattordicesimo anno di età (art. 97 c.p.).

Il minore che ha compiuto gli anni quattordici ma non ancora i diciotto è imputabile se aveva la capacità di intendere e di volere, anche se la pena è diminuita (art. 98 c.p.).

Questo significa che al compimento del quattordicesimo anno di età vi è la presunzione che il minore abbia raggiunto quella maturità sufficiente ed il necessario sviluppo psico-fisico per poter comprendere il significato morale e giuridico dei propri atti; questa presunzione dura tutta la vita a meno che non intervenga (come in seguito vedremo) una causa di esclusione della imputabilità.

Tuttavia per i soggetti che si trovino nella fascia di età compresa tra il quattordicesimo ed il diciottesimo anno è previsto un trattamento meno presuntivo poiché è demandato al giudice il compito di accertare di volta in volta se realmente quel ragazzo aveva raggiunto la maturità e quindi la capacità di intendere e di volere.

L'imputabilità può essere condizionata in funzione della capacità di intendere e di volere che talvolta può mancare del tutto od essere fortemente limitata a seconda che ricorrano determinate circostanze legate allo stato mentale del soggetto.

E' il caso del vizio totale di mente, che esclude l'imputabilità e del vizio parziale di mente che invece, pur non escludendo l'imputabilità, riduce la pena.

Art. 88 C.P.:

*"Non è imputabile chi al momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere o di volere".*

Art. 89 C.P.:

*"Chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da scemare, senza escluderla, la capacità di intendere o di volere, risponde del reato commesso ma la pena è diminuita".*

L'ipotesi contemplata dall'art. 88 c.p. è quella di infermità fisica o psichica che incide sui processi mentali cognitivi e volitivi del soggetto tale da escludere la capacità di intendere e di volere nel momento della commissione del fatto; in questo caso, sempre che si riesca a dimostrare che lo stato di infermità era presente nel

momento in cui è stato commesso il fatto, il soggetto non è imputabile.

L'ipotesi contemplata dall'art. 89 c.p. è quella di una infermità fisica o psichica che non esclude la capacità di intendere o di volere ma la diminuisce in misura consistente, sempre al momento di commissione del fatto; in questo caso non viene messa in discussione l'imputabilità, che è confermata, tanto è vero che l'imputato subisce un processo, ma la pena è diminuita.

La legge prevede ancora alcune situazioni che incidono sulla imputabilità e che sono legate all'abuso di sostanze alcoliche o di stupefacenti.

Per quanto riguarda le prime, bisogna distinguere: se l'ubriachezza è derivata da caso fortuito o forza maggiore, l'imputabilità è esclusa; se l'ubriachezza non era piena, ma tale da scemare grandemente la capacità di intendere e di volere, la pena è diminuita (lo stesso vale nel caso di accidentale intossicazione da sostanze stupefacenti); invece, l'ubriachezza colposa o volontaria, o preordinata, non esclude né diminuisce l'imputabilità ma addirittura, nei casi di ubriachezza preordinata al fine di commettere un reato o di prepararsi una scusa (cioè ubriacarsi con il chiaro intento di porre il loro stato di ubriachezza come scusa), la pena è aumentata.

Nei casi di intossicazione cronica da alcool o stupefacenti, quando questa assume i connotati di malattia, si applica la disciplina del vizio totale e parziale di mente.

### 3. La responsabilità penale

La responsabilità penale è il dovere che ha il soggetto di sottostare alla sanzione che gli derivi dall'aver commesso un reato.

Responsabile è colui che ha commesso un reato, è il reo, è colui che commette un fatto previsto dalla legge come reato.

L'obbligazione penale è appunto l'obbligo di sottostare ad una punizione da parte dello Stato quando viene violato un precetto.

Parlando della responsabilità penale dobbiamo riprendere il tema della causalità in particolare di quella psichica.

Tra i fenomeni della vita esterna esiste anche una connessione psicologica che riguarda l'attitudine e la volontà dell'uomo durante gli eventi stessi.

Gli articoli 42 e 43 del c.p. prendono in considerazione proprio questo aspetto del reato.

L'art. 42 c.p. "Responsabilità per dolo o per colpa o per delitto preterintenzionale. Responsabilità obiettiva" così recita:

*"Nessuno può essere punito per una azione od omissione preveduta dalla legge come reato, se non l'ha commessa con coscienza e volontà.*

*Nessuno può essere punito per un fatto preveduto, dalla legge come delitto, se non l'ha commesso con dolo, salvi i casi di delitto preterintenzionale o colposo espressamente preveduti dalla legge (27 Cost.).*

*La legge determina i casi nei quali l'evento è posto altrimenti a carico dell'agente come conseguenza della sua azione od omissione cosciente e volontaria, sia essa dolosa o colposa".*

L'art. 43 c.p. "Elemento psicologico del reato", configura tre categorie di delitto in base all'attitudine psicologica del reo:

*"Il delitto:*

*- è doloso, o secondo l'intenzione, quando l'evento dannoso o pericoloso, che è il risultato dell'azione od omissione e da cui la legge fa dipendere l'esistenza del delitto, è dall'agente preveduto e voluto come conseguenza della propria azione od omissione;*

*- è preterintenzionale, o oltre l'intenzione, quando dall'azione od omissione deriva un evento dannoso o pericoloso più grave di quello voluto dall'agente;*

*- è colposo, o contro l'intenzione, quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline."*

#### **4. Le cause di esclusione della responsabilità**

Tra le cause di esclusione della responsabilità, dette anche cause scriminanti del reato, o cause di non punibilità, o cause esimenti, dobbiamo prendere in considerazione solo due che più da vicino e frequentemente interessano l'attività del medico.

Sono quelle previste dagli artt. 50 e 54 del Codice Penale.

Art. 50 c.p. "Consenso dell'avente diritto":

*"Non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto, col consenso della persona che può validamente disporne".*

Art. 54 c.p. "Stato di necessità":

*"Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare se od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non*

*volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo”.*

Di questi due articoli e delle problematiche giuridiche che ne discendono parleremo oltre, quando tratteremo della responsabilità professionale.

### 5. Il delitto di omicidio

L'omicidio è l'uccisione di un uomo cagionata da un altro uomo con un comportamento doloso o colposo e senza il concorso di cause di giustificazione.

Scopo della norma che punisce l'omicidio è la tutela della vita umana e di conseguenza della prima prerogativa della persona: il diritto alla vita.

Gli elementi costitutivi del delitto sono: la condotta, l'evento morte e la presenza di un nesso causale tra il primo e il secondo; il comportamento può consistere sia in un'azione che in un'omissione.

I mezzi usati possono essere fisici, psichici (es. spavento in soggetto cardiopatico), diretti o indiretti, ed applicati nei modi più svariati. Il nesso di causalità materiale è di dimostrazione prettamente medico-legale; spetta al consulente o al perito, infatti, stabilire se l'azione del colpevole ha "cagionato" la morte.

Dovendo il magistrato tener conto, nel graduare la pena entro i limiti fissati dalla legge, dell'esistenza o meno di concause in rapporto all'interferenza dell'azione lesiva nel determinismo della morte, affiderà al medico legale il compito di accertare la causa o le cause che hanno determinato la morte del soggetto, anche in concorso o meno con fattori concasuali preesistenti; chiederà di accertare con quali mezzi fu esercitata la violenza che provocò la morte, specificando la modalità con le quali avvenne il delitto, chiederà inoltre di accertare nel momento della morte la durata dell'eventuale periodo di sopravvivenza e la possibilità che ebbe la vittima di difendersi o di compiere altri atti coscienti.

Sotto il profilo psicologico l'omicidio può essere doloso, colposo o preterintenzionale; peraltro trovano applicazione tutte le cause di giustificazione previste dalla parte generale del codice penale, ad eccezione del consenso dell'avente diritto.

Passiamo ora ad analizzare, brevemente l'elemento psicologico.

L'omicidio **doloso**, ai sensi dell'art. 575 c.p., è il fatto di chi **volontariamente** cagiona la morte di un altro uomo.

Per tale reato è necessario e sufficiente che il soggetto si sia rappresentata la morte come conseguenza diretta della sua azione od omissione, l'omicida è responsabile nella stessa misura sia che abbia voluto la morte di un uomo in ogni caso, sia che si sia rappresentato l'evento morte come indifferente rispetto a quello di lesioni (dolo alternativo), ovvero ancora che l'agente si sia prefigurato l'azione di ledere, ma si sia rappresentato come probabile o possibile anche l'evento più grave, cioè la morte, e, ciò nonostante abbia agito ugualmente anche a costo di cagionare tale più grave evento, accettandone quindi preventivamente il rischio (dolo eventuale).

Dal punto di vista medico legale, l'intenzione di uccidere può essere dimostrata dalla natura e dalla idoneità dei mezzi impiegati, dalla sede e dal numero di colpi inferti e dalla direzione dei colpi. Nella maggior parte dei casi tale dimostrazione non riesce difficile in quanto le lesioni risultano localizzate in organi essenziali per la vita; ma anche in queste occasioni l'indagine peritale dovrà essere oculata ed attenta per una diagnosi differenziale con il suicidio e l'accidente.

Particolarmente delicato risulta il compito peritale in quei casi nei quali la morte è prodotta da più cause che hanno concorso a determinare l'evento.

Il nostro codice prevede delle aggravanti speciali considerando una sola figura di delitto; tali aggravanti sono contemplate negli articoli 576 e 577 del c.p. ed il medico legale potrà portare un utile contributo alla dimostrazione per talune circostanze.

Possono poi ricorrere le circostanze attenuanti contemplate dall'art. 62 c.p.

L'omicidio **preterintenzionale** è commesso da chi, con **atti diretti a cagionare percosse o lesioni**, causi la morte di un uomo (art. 584 c.p.).

In questo caso l'intenzione del colpevole non è quella di uccidere, bensì soltanto quella di percuotere (art. 581 c.p.) o di ledere (art. 581 c.p.) e l'evento morte va al di là dell'intenzione.

L'indagine medico legale può fornire al giudice utili elementi valutando la sede, la natura e l'entità della lesione in rapporto all'azione lesiva del colpevole. Tale compito non è sempre facile visto che il perito deve lavorare sulla scorta di reperti obiettivi che spesso possono mancare. Ciò avviene ad esempio nei casi in cui la percossa o la lesione si siano arrestate alla fase di tentativo o non abbiano lasciato alcuna traccia sul corpo della vittima. In tali acquista fondamentale importanza l'eventuale apporto di fattori

concausali, perché l'azione lesiva del colpevole è di solito così tenue da non poter da sola giustificare l'effetto prodotti.

L'omicidio **colposo** è commesso da **chi per colpa** cagiona la morte di un altro uomo (art.587 c.p.).

Esso sussiste in tutti quei casi in cui l'agente per negligenza, imprudenza, imperizia o violazione di leggi o regolamenti, compie un atto da cui deriva la morte di una persona. Elemento soggettivo del delitto di omicidio colposo consiste nella **volontarietà della condotta negligente, imperita, inosservante**.

In questa forma di delitto rientrano anche le colpe professionali, la colpa del datore di lavoro in materia di infortunistica e l'infortunistica stradale.

Particolare problema presenta l'applicabilità all'omicidio colposo dell'aggravante di cui all'art. 61 c.p. "Colpa con previsione". Occorre infatti al riguardo distinguere: se l'agente ha previsto l'evento morte, ma ha agito con la sicura fiducia che esso non si sarebbe verificato, risponderà di omicidio colposo aggravato; se invece l'agente pur non desiderandolo aveva previsto l'evento morte, risponderà di omicidio doloso per dolo indiretto.

Ordinariamente non compete al perito medico l'accertamento del grado della colpa, tale compito gli viene affidato solo nei casi di morte attribuita a cure mediche o chirurgiche erronee o praticate con imperizia; il perito deve in ogni caso accertare l'esistenza del nesso di causalità tra l'azione e l'omissione del colpevole e l'evento della morte.

Una figura particolare di omicidio è quella contemplata nell'art.579 c.p., cioè l'**omicidio del consensiente**, che è il fatto di chiunque **cagioni la morte di un uomo con il consenso di lui**. Tale consenso fa assurgere il delitto a figura autonoma di reato che rappresenta un'ipotesi meno grave dell'omicidio doloso.

Elemento costitutivo del delitto in esame è il consenso della vittima, quello stesso "consenso" di cui tratta l'articolo 50 c.p. come causa oggettiva di esclusione della punibilità, ma in tal caso, il consenso non esclude la punibilità, ma funziona da elemento differenziatore, ai fini della pena, rispetto all'ipotesi comune di omicidio doloso.

L'articolo in questione dice anche che si applicano invece le disposizioni relative all'omicidio se il fatto è commesso su persona minorenni, su persona inferma di mente, o che si trova in condizioni di deficienza psichica, per un'altra infermità o l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti oppure contro una persona il cui

consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o altro.

Per l'accertamento della validità del consenso, il perito medico legale si servirà delle norme e dei criteri indicati dalla psicopatologia forense, tenendo presente che il giudizio sullo stato mentale della vittima deve tener conto della possibile circostanza che il consenso della vittima sia stato carpito con l'inganno o suggestione.

## **5. I delitti di percosse e di lesione personale**

### **5.1. Il delitto di percosse**

Si tratta di un delitto esclusivamente doloso che si caratterizza per l'azione messa in atto da taluno e che consiste nel percuotere una persona senza procurarne alcuna alterazione della situazione anatomico-funzionale.

L'azione, che può essere attuata con un mezzo qualsiasi, anche le mani o un mezzo contundente tipo bastoni, cinghie di cuoio, ecc., deve produrre solo un'alterazione transitoria dello stato anatomico del soggetto; può essere il caso di uno schiaffo che produce un arrossamento del viso per fenomeno vasomotorio che scompare subito dopo.

E' importante tuttavia considerare che si può parlare di delitto di percosse quando dall'azione come sopra modulata, non deriva una malattia, poiché, in questo caso, si verterà nel delitto di lesione personale.

### **5.2. Il delitto di lesione personale**

E' un delitto contro l'incolumità individuale, doloso o colposo, che può essere compiuto con azione commissiva od omissiva e in cui l'evento è rappresentato da una malattia fisica o psichica.

#### **5.2.1. Art. 582 C.P. (Lesione personale)**

*"Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da tre mesi a tre anni ...".*

L'elemento sostanziale del reato, che ci permette, inoltre, di distinguere questo reato dal precedente (art. 581 del c.p. "Percosse"), in cui dall'azione non ne deriva una malattia nel corpo o nella mente, è dunque dato dalle conseguenze morbose del reato stesso.

Fondamentale è allora il concetto medico-legale di "malattia" che può essere definita come:

"Una modificazione peggiorativa dello stato anteriore del soggetto, a carattere dinamico, che si manifesta attraverso un disordine funzionale apprezzabile, il quale a sua volta determina una limitazione della vita organica e di relazione e che, infine, richiede un intervento terapeutico anche modesto".

La durata della malattia, che si calcola dal secondo giorno di decorrenza fino al periodo di convalescenza, escluso, ci permette fondamentalmente di distinguere le lesioni personali dolose nei seguenti gradi:

- "Lievissime", in cui la malattia ha una durata non superiore a 20 giorni.

- "Lievi", sono quelle in cui la durata della malattia è superiore a 20 giorni ma non superiore a 40 giorni.

- "Gravi", quando ne deriva una malattia di durata superiore a 40 giorni.

#### 5.2.2. Art. 583 C.P. (Circostanze aggravanti)

*"La lesione personale è grave, e si applica la reclusione da tre a sette anni:*

- 1) *se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa, ovvero un'incapacità ad attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni;*
- 2) *se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo.*

*La lesione personale è gravissima, e si applica la reclusione da sei a dodici anni, se dal fatto deriva:*

- 1) *una malattia certamente o probabilmente insanabile;*
- 2) *la perdita di un senso;*
- 3) *la perdita di un arto, o la mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella;*
- 4) *la deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso".*

Per quanto attiene alle succitate aggravanti del delitto di lesione personale, si può brevemente dire:

L'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore a 40 giorni, ossia un'incapacità a svolgere le mansioni lavorative ed extralavorative abituali.

Il pericolo per la vita della persona offesa, cioè una malattia che per sé o per le sue complicanze, determini una compromissione delle funzioni vitali (nervosa, cardiaca e respiratoria) tale da far temere come probabile ed imminente la morte del paziente.

L'indebolimento permanente di un senso o di un organo, ricordando che in medicina legale l'organo si identifica con la sua funzione, quindi viene definito come un insieme di entità anatomiche che svolge una funzione ben definita ai fini sia della vita organica e che di relazione; l'indebolimento permanente va inteso come un esito stabilizzato, non suscettibile cioè di modificazioni apprezzabili nel tempo. Tali lesioni sono perseguibili d'ufficio ed il referto è obbligatorio.

Una malattia certamente o probabilmente insanabile, che durerà, cioè, per tutta la vita nonostante i sussidi sanitari.

La perdita di un senso o dell'uso di un organo, a tal riguardo non è necessaria la perdita funzionale totale, ma basta che questa funzione sia inutilizzabile.

La perdita di un arto o mutilazione che rende l'arto inservibile, quest'ultima è data dalla perdita anatomica di una mano o di un piede, che sono le parti più importanti degli arti, i quali, a loro volta, sono rappresentati dai complessi braccio, avambraccio e mano, adibiti alla funzione prensile; coscia, gamba e piede, adibiti alla funzione deambulatoria;

La perdita della capacità di procreare, da intendere ovviamente in senso permanente.

La difficoltà grave e permanente della favella.

La deformazione o lo sfregio permanente del viso, intendendo per deformazione un'alterazione di grave entità che modifica i lineamenti del volto dstando un senso di ripugnanza in chi lo osserva, mentre per sfregio s'intende un'alterazione più lieve che turba l'armonica fisionomia del viso.

Anche queste lesioni, come le precedenti, sono perseguibili d'ufficio ed il referto è obbligatorio.

Per le lesioni personali colpose (art. 590 c.p.) vale sostanzialmente la stessa distinzione fatta per le dolose, con la differenza però che tali lesioni sono perseguibili a querela della persona offesa e non richiedono il referto, tranne nel caso in cui il

fatto derivi dalla violazione della norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro.

Da quanto detto, appare evidente come le indagini medico legali necessarie per valutare l'esistenza di una lesione personale, devono essere rivolte soprattutto a stabilire:

- a) la natura e l'entità della lesione;
- b) la durata della malattia e dell'incapacità ad attendere alle ordinarie occupazioni;
- c) la causa e i mezzi che l'hanno provocata;
- d) l'epoca alla quale essa risale;
- e) la sussistenza del pericolo di vita;
- f) l'eventuale sussistenza di postumi permanenti di rilevanza penale.

Tutte queste indagini vengono effettuate avvalendosi sia dell'eventuale documentazione sanitaria in atti, sia degli elementi anamnestici, sia dell'obiettività rilevata nel corso della visita medico-legale, sia, infine, dei risultati degli eventuali esami di diagnostica strumentale che il caso dovesse richiedere.

## CAPITOLO IV

### Medicina legale civilistica

#### 1. Generalità

La medicina legale civilistica si occupa di diverse problematiche d'ordine generale del diritto civile tra le quali devono essere segnalate, in quanto di precipuo interesse in questa sede, quelle che attengono alla capacità giuridica, alla capacità di agire e quindi alla capacità civile, all'interdizione ed all'inabilitazione nonché alla valutazione del danno alla persona.

Tratteremo separatamente i singoli temi cercando di cogliere gli aspetti del diritto che meritano di essere esplorati attraverso lo studio della componente biologica che rappresenta conoscenza irrinunciabile sia per comprendere l'aspetto sostanziale del tema sia per verificare i corretti limiti della loro applicazione processuale.

#### 2. La capacità giuridica

L'uomo come persona fisica è dotato di capacità giuridica cioè la capacità di essere titolare di diritti.

La capacità giuridica si acquista al momento della nascita che avviene quando il feto è espulso completamente dall'alvo materno ed ha compiuto almeno un atto respiratorio diventando così persona.

Recita l'art. 1 c.c.:

*“La capacità giuridica si acquista dal momento della nascita.*

*I diritti che la legge riconosce a favore del concepito sono subordinati all'evento della nascita”.*

Nei casi in cui il feto nascesse senza dare segni apparenti di vita, ovvero nei casi in cui ci sia necessità di stabilire se un neonato, morto immediatamente dopo la nascita, ha compiuto o meno un atto respiratorio, è possibile esplorare, attraverso l'esecuzione di indagini autoptiche e di laboratorio, se nei polmoni sia penetrata aria ed in quale quantità. Tali indagini sono definite prove docimasiche ed hanno la finalità di documentare l'avvenuta respirazione e quindi la nascita della persona con relativa acquisizione della capacità giuridica. Le prove docimasiche sono di

diverso tipo: polmonari ed extrapolmonari. Tra le prime ricordiamo le docimasie ottiche, diaframmatiche, idrostatiche ed istologiche; tra le seconde, quelle ottiche o auricolari e quella gastrointestinale.

La capacità giuridica si perde solo con l'estinzione della persona fisica.

Il soggetto che abbia la capacità giuridica acquista, al compimento del diciottesimo anno di età, la capacità di agire e quindi ha la piena capacità civile. La capacità di agire si può acquistare anche prima dei diciotto anni nei casi in cui il minore contragga matrimonio; in questo caso si parla di emancipazione.

### 3. La capacità di agire

Come si è detto il neonato che ha compiuto almeno un atto respiratorio ha acquisito, con la capacità giuridica, quella di essere titolare di diritti ma non può certo avere la capacità di esercitarli. Tale capacità si acquista di norma al compimento del diciottesimo anno di vita quando la legge stabilisce che si ha la capacità di agire.

Stabilisce infatti l'art. 2 c.c.:

*"La maggiore età è fissata al compimento del diciottesimo anno.*

*Con la maggiore età si acquista la capacità di compiere tutti gli atti per i quali non sia stabilita un'età diversa".*

Ricordiamo brevemente che la persona capace di agire può, tra le altre cose, stipulare un valido contratto come per esempio può essere quello di prestazione d'opera professionale finalizzato alla somministrazione di cure. Spetta pertanto al medico dentista accertarsi, prima di iniziare un rapporto di cura con un paziente che quest'ultimo abbia la capacità di agire e che quindi sia in grado di fare validamente un contratto con il professionista.

Perché si possa avere la capacità di agire è necessario non solo aver raggiunto la maggiore età, che rappresenta il primo requisito fisiologico, ma avere anche la capacità d'intendere e di volere, che rappresenta il secondo requisito fisiologico.

Nel caso in cui detta capacità d'intendere e di volere venga meno o si manifestino nel soggetto turbe del comportamento che possano incidere in senso generale sulle sue facoltà intellettive, la capacità di agire può subire una compressione nel senso che si può integralmente perdere o può essere solo limitata. Nel primo caso si parla di interdizione mentre nel secondo di inabilitazione.

#### 4. Interdizione

Come si osservava, nei casi in cui il soggetto, che abbia acquisito per la maturazione della condizione fisiologica della maggiore età, la capacità di agire, non sia in possesso dell'altro requisito fisiologico che è la capacità d'intendere e di volere, si dà luogo all'interdizione che comporta la perdita della capacità di agire.

Art. 414 c.c.:

*"Il maggiorenne ed il minore emancipato, che si trovino in condizioni di abituale infermità di mente che li rende incapaci di provvedere ai propri interessi, devono essere interdetti".*

L'interdizione può essere chiesta, quando si realizzano le condizioni d'incapacità mentale del soggetto, da chiunque ne abbia interesse: Deve essere richiesta al Magistrato competente per il luogo di residenza del soggetto.

Per stabilire lo stato d'incapacità di provvedere ai propri interessi e quindi l'abituale infermità mentale, si deve condurre un'indagine supportata da accertamenti tecnico scientifici nell'ambito della perizia psichiatrica.

Quando un soggetto viene interdetto, si nomina un tutore.

Interdizione legale: coinvolge tutti coloro ai quali sia stata comminata una pena superiore ai 5 anni e dura per tutta la durata della pena.

Lo stato d'interdizione, che ha i caratteri della pubblicità, dura sino a quando non viene richiesta, sempre da chiunque ne abbia interesse, compreso lo stesso interdetto, la revoca della pronuncia con la quale si dichiarata l'interdizione. In questo caso se il giudice accerta che non sussistono più le condizioni patologiche che erano state prese a base della dichiarazione di interdizione, pronuncia ordinanza di revoca della stessa.

I diritti del soggetto interdetto sono curati da un tutore che ha la responsabilità piena della gestione degli interessi e del patrimonio dell'interdetto.

## 5. Inabilitazione

Art. 415 c.c.:

*"Il maggiorenne infermo di mente, lo stato del quale non è talmente grave da far luogo all'interdizione, può essere inabilitato.*

*Possono anche essere inabilitati coloro che, per prodigalità o per abuso abituale di bevande alcoliche o di stupefacenti, espongono sé o la loro famiglia a gravi pregiudizi economici.*

*Possono infine essere inabilitati il sordomuto ed il cieco dalla nascita o dalla prima infanzia, se non hanno ricevuto un'educazione sufficiente salva l'applicazione dell'art. 414 quando risulta che essi sono del tutto incapaci di provvedere ai propri interessi".*

L'inabilitazione può essere chiesta, da chiunque ne abbia interesse, quando il soggetto interessato mostra disturbi del comportamento, come l'eccessiva prodigalità, che mettano a repentaglio i propri interessi economici e /o quelli dei familiari.

L'inabilitazione viene pronunciata con ordinanza sempre dal Tribunale competente e dura sino a quando non ne venga richiesta la revoca.

Quando un soggetto viene inabilitato si nomina un curatore.

L'inabilitato si trova in una condizione che gli permette di compiere atti di ordinaria amministrazione ma non di straordinaria amministrazione, per i quali interviene il curatore.

## 6. La valutazione del danno alla persona

Nell'ambito della responsabilità civile della persona occupa un posto di rilievo il capitolo del risarcimento del danno prodotto a seguito di un fatto illecito o di un'inadempienza contrattuale.

Non approfondiremo qui i concetti già accennati precedentemente in tema di responsabilità ma dobbiamo soffermarci su qualche concetto di base che attiene al danno alla persona che è esso stesso oggetto di risarcimento quando deriva da un'azione antigiuridica.

Quando viene provocata ad un soggetto una lesione si produce ovviamente un danno a quella persona la quale, a ragione di quest'ultimo, non può più espletare una normale vita di relazione, ivi compresa l'attività lavorativa produttrice di reddito.

Questo danno deve essere risarcito, ma per questo è necessario che il danno sia valutato con criteri tali che consentano un corretto ristoro economico del danneggiato.

Sino ad epoca non lontana il criterio di valutazione del danno alla persona faceva riferimento al reddito che quella persona produceva per cui qualsiasi esito permanente di una lesione che impedisse o limitasse la produzione di questo reddito, rappresentava titolo di risarcimento ed era valutato in funzione del decremento del reddito del leso, calcolato sia come danno emergente che come lucro cessante.

Ne conseguiva che il riferimento risarcitorio e valutativo era quello della capacità lavorativa specifica del soggetto.

Ovviamente tale impostazione produceva evidenti squilibri di trattamento in quanto l'entità del risarcimento era legata alla specifica attività lavorativa del soggetto; con il paradosso che, chi non aveva alcuna attività lavorativa, non aveva alcun risarcimento a parità di danno.

Introducendo il concetto di capacità lavorativa generica si è cercato di attenuare tale discrepanza sociale poiché il concetto di capacità lavorativa generica, intesa come potenzialità del soggetto ad essere occupato in qualsiasi lavoro generico, consentiva un ristoro al portatore di danno permanente alla persona anche se non produceva alcun reddito.

Ma si era sempre legati al concetto della capacità lavorativa senza alcuna considerazione per l'uomo come soggetto non solo capace di produrre un reddito ma anche di avere una vita di relazione garantita dai principi fondamentali del diritto.

Il superamento di questa concezione si ebbe con l'introduzione nella disputa dottrinale del concetto di validità, ad opera del Gerin, nel quale era considerato l'uomo in quanto tale che esprimeva un proprio autonomo valore, indipendente dalla sua attività lavorativa e dalla capacità di produrre reddito. Si è imposta quindi la dottrina del valore economico dell'uomo.

Dottrina che è stata recepita pienamente dalla giurisprudenza della Corte Costituzionale che ha dato pieno riconoscimento giuridico alla dottrina della validità propugnata dal Gerin.

Il danno alla persona deve essere, quindi, considerato come una diminuzione psico-fisica della validità della persona.

Qualsiasi diminuzione permanente di questa integrità somatica rappresenta un danno alla persona suscettibile di propria valutazione e viene denominato danno biologico.

Ma siccome la persona è fondamentalemente a connotazione sociale, il danno biologico, inteso come diminuzione della validità psico-fisica, si traduce in una limitazione della vita di relazione incidendo sulla salute del soggetto proprio perché il concetto di salute implica la capacità di esplicare una normale vita di relazione; pertanto si parlerà, più propriamente di danno alla salute.

La valutazione del danno biologico, o danno alla salute, è fatta attraverso un sistema tabellare e la diminuzione della validità è espresso in termini percentuali di decremento rispetto alla totale validità del soggetto.

Naturalmente oltre al danno biologico deve essere valutato, quando c'è, il danno alla capacità lavorativa specifica; questa valutazione è ancorata al lavoro realmente svolto dal soggetto.

Per i criteri tabellari di comune utilizzo nella pratica valutativa si rimanda alla specifica trattatistica, specificatamente quella in tema di valutazione del danno odontostomatologico.

## CAPITOLO V

### Medicina legale delle assicurazioni

#### 1. Generalità

Le assicurazioni possono essere classificate in assicurazioni sociali (I.N.A.I.L. e I.N.P.S.) e private; le prime sono assicurazioni obbligatorie, mentre le seconde sono facoltative o libere.

L'assicurazione è un contratto tra un ente assicuratore o istituto ed un assicurato, per cui il primo si impegna a risarcire un danno al secondo qualora si verifichi un rischio assicurato.

Il rischio è l'evento assicurato, ovvero è una previsione in astratto ma non in concreto di una situazione che potrebbe verificarsi.

L'assicurato ha l'obbligo di versare:

- un contributo all'Istituto assicuratore;
- un premio all'assicurazione privata.

#### 2. Le assicurazioni sociali

Le principali assicurazioni sociali istituite in Italia delle quali dobbiamo occuparci sono l'I.N.A.I.L. e l'I.N.P.S.

##### 2.1. I.N.A.I.L.

L'INAIL (Istituto Nazionale delle Assicurazioni contro gli Infortuni sul Lavoro) è l'ente, istituito nel 1943, che gestisce l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali delle persone che esercitano un'attività di impresa in qualità di titolari, soci o dipendenti.

Gli scopi che tale ente si prefigge sono:

- ridurre il fenomeno infortunistico;
- assicurare i lavoratori che svolgono attività a rischio;
- intervenire pagando un rimborso per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali;

- garantire il reinserimento nella vita lavorativa e sociale degli infortunati sul lavoro.

L'Istituto è articolato sul territorio mediante Ispettorati regionali, sedi provinciali, sedi locali ed uffici locali.

L'INAIL assicura coloro che, sia in ambito industriale che agricolo sono addetti all'utilizzo di macchine di qualsiasi tipo o che lavorano, in qualità di titolari, soci lavoratori, lavoratori-dipendenti, collaboratori coordinati e continuativi, in ambienti dove tali macchine sono utilizzate.

L'INAIL gestisce, inoltre, anche l'assicurazione contro i rischi di radiolesioni e la morte per folgorazione dei medici ed assicura i dipendenti delle aziende autonome, del Ministero delle poste e delle telecomunicazioni (in regime di convenzione con il Ministero stesso), nonché i detenuti addetti a lavori condotti direttamente dallo Stato. Non sono assicurati da tale Istituto gli addetti alla navigazione ed alla pesca marittima, i dipendenti dell'Azienda autonoma delle Ferrovie dello Stato, i dirigenti e gli impiegati tecnici ed amministrativi, di concetto e d'ordine, di aziende agricole e forestali.

L'INAIL, dopo la denuncia di esercizio assegnerà all'azienda il numero di posizione (da riportare su tutti i documenti compresi i libri paga ed i libri matricola) e comunicherà all'azienda l'aliquota del premio che dovrà pagare in base alla voce nella quale la lavorazione è stata classificata e il grado di rischio conseguente.

I datori di lavoro sono obbligati a stipulare questa assicurazione ed a pagare i contributi che verranno prelevati dal salario dei dipendenti. Qualora non versino i premi assicurativi e si verifichi un infortunio, l'INAIL interviene lo stesso salvo poi rifarsi in ambito penale e/o civile sul datore di lavoro inadempiente.

L'assicurazione comprende tutti i casi di infortunio avvenuti per causa violenta in occasione di lavoro con un danno lavorativo che comporti l'astensione dal lavoro per più di tre giorni.

Quindi, affinché sussista l'oggetto dell'assicurazione, devono essere presenti i seguenti punti:

- 1 - infortunio;
- 2 - causa violenta;
- 3 - occasione di lavoro;
- 4 - danno lavorativo.

1- *infortunio*: è imprevedibile, è indipendente dalla volontà dell'assicurato, anche se quest'ultimo può concorrere per colpa (imperizia, imprudenza, negligenza) al verificarsi dell'evento.

L'esistenza di un comportamento doloso da parte dell'assicurato esclude la presenza di infortunio.

2- *causa violenta*: "è quell'antecedente causale, dannoso ed esteriore, che agisce sull'organismo umano con rapidità d'azione" (Gerin).

Per essere definita tale, una causa violenta deve necessariamente presentare i seguenti attributi:

- deve precedere l'insorgenza delle lesioni o delle manifestazioni cliniche;
- deve aver la capacità di determinare il danno (dannosità);
- deve possedere in se stessa un'intensità lesiva adeguata;
- deve provenire dall'ambiente esterno in cui grava il rischio lavorativo (esteriorità);
- l'azione della causa si deve esplicare in maniera concentrata nel tempo. Nel caso sia diluita, darà luogo, invece, ad una malattia professionale.

3- *occasione di lavoro*: è la condizione necessaria perché un infortunio sia riconosciuto come indennizzabile da parte dell'I.N.A.I.L..

Il concetto di "occasione di lavoro" non è limitato agli spazi/luoghi lavorativi o alle ore lavorative ma si estende ad ogni azione diretta o indiretta, compiuta dal lavoratore, che abbia come fine quello lavorativo (finalità lavorativa).

Altro elemento costitutivo dell'occasione di lavoro è rappresentato dal rischio, ossia dalla possibilità del verificarsi di un evento.

E' necessario porre particolare attenzione ai vari tipi di rischio in quanto solo il rischio generico aggravato ed il rischio specifico vengono considerati come professionali.

Il rischio generico è il rischio a cui tutte le persone sono soggette in egual misura.

Il rischio generico aggravato è il rischio che pur gravando su ogni persona, grava in misura maggiore su talune categorie professionali, pertanto definite "a rischio".

Il rischio specifico è il rischio a cui sono soggette solo talune categorie professionali.

4- *danno lavorativo*: è la ripercussione sull'attività lavorativa del danno alla persona (non inferiore ai 3 giorni).



- gli assegni e le pensioni di invalidità e di inabilità;
- la disoccupazione ordinaria per chi rimane senza lavoro;
- la cassa integrazione per i lavoratori disoccupati a seguito di licenziamento per riduzione di personale;
- l'assegno per il nucleo familiare;
- l'indennità economica di malattia;
- l'indennità di maternità.

L'assegno di invalidità viene riconosciuto al soggetto invalido ovvero, secondo la legge 222/1984 art.1 *"all'assicurato la cui capacità di lavoro, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, sia ridotta in modo permanente a causa di infermità o difetto fisico a meno di un terzo"*.

Tale assegno non è reversibile ai superstiti, viene riconosciuto per un periodo di 3 anni, esauriti i quali può essere confermato per periodi della stessa durata, previo domanda del titolare dell'assegno, qualora permangano le condizioni precedenti e la riduzione della capacità lavorativa. Dopo tre riconoscimenti consecutivi, l'assegno di invalidità viene riconosciuto automaticamente e può essere trasformato in pensione di vecchiaia nel momento in cui l'assicurato abbia maturato l'età stabilita per la stessa.

La pensione di inabilità viene riconosciuta all'inabile ovvero, secondo la legge 222/1984 art.2 *"all'assicurato o titolare di assegno di invalidità il quale, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, si trovi nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa"*.

Tale pensione di inabilità è reversibile ai superstiti, è incompatibile con i compensi per attività di lavoro autonomo o subordinato in Italia ed all'estero svolte successivamente alla concessione della pensione ma è compatibile con il cascame (capacità lavorativa residua) che è un'attività non lucrativa e non dignitosa.

Nei casi in cui si presenti una superinvalidità, tale che il soggetto si trovi nell'impossibilità di deambulare e di compiere gli atti quotidiani della vita (nutrirsi, vestirsi...), viene riconosciuto oltre alla pensione di inabilità un assegno di accompagnamento per un'assistenza continua. Tale assegno di accompagnamento è continuativo e non è reversibile.

### 3. Le assicurazioni private

La compagnia assicurativa è la società assicurativa con cui si stipula l'assicurazione.

Il Contraente è il soggetto che stipula l'assicurazione. Non sempre coincide con l'assicurato, cioè con il soggetto il cui interesse è coperto dall'assicurazione.

L'assicurazione è il contratto di assicurazione; la polizza è il documento che prova l'assicurazione.

Il rischio è l'evento assicurato, ovvero è una previsione in astratto ma non in concreto di una situazione che potrebbe verificarsi.

L'infortunio è l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o una inabilità temporanea.

Il sinistro è il verificarsi del fatto dannoso per il quale l'assicurazione è stata stipulata.

L'indennizzo è la somma dovuta dalla compagnia assicurativa in caso di sinistro. L'indennizzo non deve essere confuso con il risarcimento: è, infatti, una cifra pattuita per contratto e non è il reintegro equivalente al danno subito.

Le polizze private possono essere:

- generali, se coprono tutti gli infortuni, indipendentemente dalle circostanze in cui si sono verificate;
- professionali, se riguardano gli infortuni che si verificano in occasione di lavoro specificatamente dichiarato;
- extraprofessionali, se riguardano i soli infortuni avvenuti nell'ambito di attività legate alla vita privata;
- individuali, cioè contratte dal singolo;
- cumulative, quando vengono contratte da enti, imprese, circoli.

L'assicurato deve ottemperare ad alcuni doveri quali:

- collaborare con la Società assicuratrice in modo da quantificare e delimitare il rischio;
- pagare puntualmente il premio;
- dichiarare tempestivamente qualsiasi circostanza che possa aggravare il rischio;
- denunciare il sinistro entro 3 giorni, indicando luogo, giorno, ora, causa dell'evento, ed allegando il certificato medico obbligatorio;

- deve consentire la visita dei medici della società assicurativa ed assecondare qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessario;

- deve dimostrare che l'evento è stato dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna, che ha provocato lesioni corporali obiettivamente constatabili (dal medico di fiducia dell'assicurato e dal medico della compagnia).

La Società assicuratrice liquida l'indennità *"per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute"*. Quindi, non è indennizzabile l'aggravamento di patologia preesistente: *"Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per l'invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti"*.

Quindi, la società assicuratrice liquida solo il danno legato all'infortunio e laddove vi siano concause di lesione ovvero condizioni patologiche preesistenti (ad es. emofilia, diabete, parodontopatie, osteoporosi) o concause di menomazione (ad es. mutilazioni, postumi permanenti di lesioni traumatiche o di patologie) il risarcimento avverrà per "astrazione", ovvero ipotizzando quali conseguenze dannose si sarebbero verificate se l'infortunio avesse colpito una persona sana.

La Società liquiderà l'indennità in maniera ridotta o non liquiderà affatto nei casi in cui l'assicurato abbia omesso di dichiarare qualsiasi circostanza possa portare ad un aggravamento del rischio o abbia omesso di dichiarare una patologia considerata non assicurabile (ad es. alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, schizo-frenia, forme maniaco-depressive e stati paranoidei).

Nel caso di dichiarazioni sanitarie precontrattuali ove il contraente dichiari la preesistenza di patologie (ad es. diabete, cardiopatia ischemica) le compagnie assicuratrici, dopo apposito esame medico legale e verifica commerciale da parte degli uffici assuntivi, possono optare per due opzioni:

- assumere il rischio in toto con l'applicazione di apposito incremento di premio denominato sovrappremio sanitario correlato all'incremento di mortalità o morbilità derivante dalla/e patologia/e preesistente/i all'entrata in assicurazione. A tale proposito esistono nella letteratura appositi manuali per la verifica della sovrammortalità delle teste cosiddette tarate a causa di patologia/e

passate in atto o previste (vedere manuale assuntivo del CIRT Comitato Italiano Rischi Tarati o applicazioni di tipo WEB a cura delle Compagnie di Riassicurazione);

- assumere il rischio a premio normale escludendo con apposita appendice che forma parte integrante del contratto assicurativo tutte le conseguenze derivanti dalla/e patologia/e preesistente/i dichiarata/e.

La veritiera compilazione dei questionari medici propedeutici alla valutazione del rischio assicurativo consentono la piena applicabilità delle prestazioni contrattuali ed escludono dal rischio di mancata copertura in occasione di liquidazione di eventuali sinistri a causa di dolo o colpa grave del contraente.

Per la valutazione del danno le percentuali di invalidità vengono calcolate dal medico legale dell'Assicurazione su apposite tabelle (tabelle ANIA, tabelle INAIL); in alcuni casi la polizza prevede particolari tabelle di riferimento per specifiche categorie professionali come nel caso dei medici-chirurghi e degli odontoiatri.

Se ci sono delle controversie tra le parti nella valutazione del danno o nella configurazione dell'infortunio, potrà essere convocato il collegio arbitrale che risulta costituito dalle seguenti persone:

- medico legale della Compagnia di Assicurazione;
- medico legale dell'assicurato;
- medico legale scelto dall'assicurato in una terna di medici legali proposta dalla Compagnia.

### **3.1. Assicurazioni sulla vita**

L'assicurazione privata sulla vita (art.1919-1927 c.c.) si basa su di un evento a ricorrenza sicura, la morte dell'assicurato, ma imprevedibile rispetto al tempo.

Infatti, l'evento-morte può essere considerato come una morte prematura dell'assicurato (premorienza) o come una permanenza in vita dello stesso oltre una determinata età (sopravvivenza).

Esistono vari tipi di polizze sulla vita:

- Assicurazioni "caso vita": prevede il pagamento della somma pattuita nella polizza quando l'assicurato sopravvive ad una determinata scadenza. Le polizze "caso vita" sono dei contratti di assicurazione adatti a rispondere alle esigenze previdenziali del proprio futuro.

- Assicurazioni "miste": l'assicurazione si obbliga ad effettuare la prestazione all'epoca stabilita, se l'assicurato sarà ancora in vita, o alla sua morte, se questa avverrà prima.

- Assicurazioni "caso morte": prevede il pagamento al beneficiario superstite della somma pattuita nella polizza quando si verifica la morte prematura dell'assicurato. Tale assicurazione è consentita di regola a persone di età compresa tra i 20 e 60 anni.

Il premio viene calcolato in base alle probabilità di sopravvivenza dell'assicurato, facendo riferimento ad apposite tavole di mortalità ricavate da studi statistici effettuati dalle Compagnie su assicurati selezionati e classificati all'inizio del contratto (teste scelte) prendendo in considerazione il rischio in base all'età, al sesso, alla professione.

La polizza vita "caso morte" può essere:

- temporanea: se non si verifica l'evento-morte entro una determinata scadenza i premi restano acquisiti dalla Compagnia Assicurativa;
- vita intera: garantisce il pagamento del capitale indipendentemente dal momento in cui l'evento-morte si verifichi;
- a termine fisso: il pagamento della somma assicurata avviene alla data prestabilita nella polizza sia se l'assicurato sia ancora in vita sia se egli sia già deceduto.

### 3.2. Assicurazioni malattia e infortuni

L'assicurazione privata contro gli infortuni-malattia (art. 1882-1932 c.c.) è un contratto col quale l'assicurato, pagando un premio, viene risarcito dall'assicuratore del danno derivatogli da un infortunio o da una malattia.

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'assicurato subisce nell'esercizio delle occupazioni professionali dichiarate e nello svolgimento di ogni altra normale attività che non abbia carattere professionale.

La malattia è alterazione dello stato di salute a carattere acuto o subacuto, obiettivamente constatabile, che si differenzia dagli infortuni per essere dovuta a cause interne non violente.

E' necessario distinguere la malattia dalla situazione patologica in quanto la prima è abnorme, dinamica, limitante la funzione rispetto alla situazione patologica, che è una semplice alterazione senza manifestazione clinica.

Questo tipo di assicurazione è consentita in genere a persone di età compresa tra i 18 e i 75 anni.

Ai fini dell'indennizzabilità dell'infortunio vengono risarcite dall'Assicurazione le seguenti conseguenze, tenendo presente che l'oggetto dell'assicurazione non è la vita o l'integrità corporale dell'assicurato ma la sua capacità lavorativa generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata:

- in caso di morte, viene corrisposta l'intera somma assicurata;
- in caso d'invalidità permanente, viene liquidata l'intera somma se è totale, oppure una somma proporzionale se l'invalidità è parziale;
- in caso di inabilità temporanea viene corrisposta la diaria assicurata dal giorno successivo all'infortunio: 1) integralmente se l'assicurato è nell'assoluta incapacità fisica di attendere alle occupazioni dichiarate; 2) parzialmente se l'assicurato ha potuto attendere solo in parte alle occupazioni dichiarate fino ad un massimo di 300-365 giorni.

Nel caso dell'assicurazione privata per le malattie, la Compagnia di Assicurazione si impegna al rimborso delle spese ospedaliere (totale in alcune cliniche convenzionate, parziale in altre cliniche), delle spese per cure domiciliari o ambulatoriali, per interventi chirurgici, nonché per trattamenti fisioterapici o rieducativi; si impegna, inoltre, a versare una diaria (prestabilita nella polizza) per l'inabilità temporanea di malattia, che in genere non può essere superiore ai 300-365 giorni ed al pagamento del capitale assicurato in caso di morte.

### 3.3. Assicurazione per la responsabilità civile

Il concetto della responsabilità civile, e conseguentemente quello della responsabilità civile assicurativa, si collega al più vasto capitolo della responsabilità giuridica.

Le norme generali sull'assicurazione per la Responsabilità Civile sono dettate nell'Art. 1917 c.c. che recita: *"Nell'assicurazione della Responsabilità Civile l'assicuratore è obbligato a tenere indenne l'assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto, durante il tempo dell'assicurazione, deve pagare ad un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto. Sono esclusi i danni dovuti da fatti dolosi. L'assicuratore ha facoltà, previa comunicazione all'assicurato, di pagare direttamente al terzo danneggiato"*

*l'indennità dovuta ed è obbligato al pagamento diretto se l'assicurato lo richiede. Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'assicurato sono a carico dell'assicurazione nei limiti del quarto della somma assicurata. Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al capitale assicurato le spese giudiziali si ripartono tra assicuratore ed assicurato in proporzione del rispettivo interesse".*

Dal presente articolo si rileva che l'assicurazione di R.C. va inquadrata come assicurazione contro i danni. Infatti, nell'assicurazione di R.C. il contratto non è stipulato a favore del danneggiato, ma nell'interesse del responsabile civile del danno (assicurato) che intende così garantire il proprio patrimonio contro l'eventualità di dover risarcire i danni per i quali la legge gli attribuisce la responsabilità.

Da ciò ne consegue che l'assicurato, se ha risarcito il danno al terzo, ha diritto ad essere risarcito dall'assicurazione.

L'assicurazione di R.C. non risarcisce i danni derivanti da fatti dolosi (intenzionali) compiuti dall'assicurato, invece sono compresi i danni commessi per colpa grave senza necessità di pattuizioni speciali (come invece richiesto negli altri contratti di assicurazione contro i danni Art.1900 c.c.).

Il bene tutelato dall'assicurazione è l'intero patrimonio dell'assicurato, presente e futuro. Infatti, l'obbligo al risarcimento vincola il debitore non solo per i suoi beni al momento del fatto, ma anche i suoi beni futuri. Pertanto ad essere tutelato dall'assicurazione di R.C. non è un bene determinato, ma un bene indeterminato.

E' questo il motivo per il quale nell'assicurazione di R.C. non si parla di capitali ma di massimali assicurati: non potendo, infatti, individuare il valore effettivo del bene da assicurare (patrimonio) si fissano dei massimali, e cioè il limite di somme massime entro le quali risponde l'assicurato.

Possiamo avere vari tipi di R.C.:

- R.C. del capofamiglia;
- R.C. dell'attività commerciale;
- R.C. dell'attività artigianale;
- R.C. della proprietà di fabbricati;
- R.C. professionale.

### 3.4 Assicurazione per la responsabilità professionale

Questo tipo di assicurazione è rivolta a specifiche attività professionali quali: medici-chirurghi, odontoiatri, avvocati, commercia-listi, architetti, notai.

Nella conduzione di tali attività, il rischio maggiore è la responsabilità per i danni (fisici o patrimoniali) arrecati a terzi.

L'assicurazione di responsabilità civile e professionale per i medici-chirurghi e per gli odontoiatri è composta da:

A) Assicurazione di responsabilità civile verso terzi (R.C.T.)

La Compagnia assicuratrice si obbliga a tenere indenne l'assicurato da ogni pregiudizio economico quale responsabile ai sensi di legge di un fatto connesso all'esercizio dell'attività professionale di medico-chirurgo, odontoiatra.

L'assicurazione vale per tutti i danni verso terzi derivati da comportamento colposo o di colpa grave dell'assicurato.

L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare all'assicurato da fatto doloso delle persone delle quali debba rispondere.

B) Assicurazione di responsabilità civile verso prestatori di lavoro (R.C.O.)

La Compagnia assicuratrice si obbliga a tenere indenne gli assicurati di quanto questi siano tenuti a pagare (capitali, interessi, spese) quali civilmente responsabili di:

- infortuni (escluse le malattie professionali) sofferti dal prestatore d'opera;
- danni cagionati a prestatori d'opera.

In tale assicurazione, come sopra indicato, non solo comprese le malattie professionali. Comunque, è possibile estendere l'assicurazione R.C.O. alle malattie professionali. In tale caso la Compagnia assicurativa si obbliga a tenere indenne l'assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare per malattie professionali del prestatore di lavoro, purché queste si manifestino in data posteriore a quella della stipulazione della polizza e siano conseguenza di fatti colposi commessi e verificatesi per la prima volta durante il tempo dell'assicurazione.

## CAPITOLO VI

### Identificazione personale

#### 1. Generalità

L'accertamento dell'identità personale del singolo individuo ha sempre rappresentato un'importante esigenza sociale e giuridica. Questo perché nel consorzio umano ogni particolare individuo è esclusivo titolare di obblighi e diritti stabiliti dalla Legge che, a seconda dei casi, possono estinguersi con la morte oppure essere trasmessi ai legittimi successori.

Le false attestazioni di identità o di qualità ad essa correlate sono, infatti, sanzionate dagli articoli 495, 496 e 651 del vigente codice penale:

Art 495 c.p. *Falsa attestazione o dichiarazione a un pubblico ufficiale sulla identità o su qualità personali proprie o di altri.* Chiunque dichiara o attesta falsamente al pubblico ufficiale, in un atto pubblico l'identità o lo stato o altre qualità della propria o dell'altrui persona è punito con la reclusione fino a tre anni.

Alla stessa pena soggiace chi commette il fatto in una dichiarazione destinata a essere riprodotta in un atto pubblico.

La reclusione non è inferiore ad un anno:

- 1) se si tratta di dichiarazione in atti dello stato civile;
- 2) se la falsa dichiarazione sulla propria identità, sul proprio stato o sulle proprie qualità personali è resa da un imputato all'Autorità giudiziaria, ovvero se, per effetto della falsa dichiarazione, nel casellario giudiziale una decisione penale viene iscritta sotto falso nome.

La pena è diminuita se chi ha dichiarato il falso intendeva ottenere, per sé o per altri, il rilascio di certificati o di autorizzazioni amministrative sotto falso nome, o con altre indicazioni mendaci.

Art. 496 c.p. *False dichiarazioni sull'identità o su qualità personali proprie o di altri.* Chiunque, fuori dei casi indicati negli articoli precedenti, interrogato sull'identità, sullo stato o su altre qualità della propria o dell'altrui persona, fa mendaci dichiarazioni a un pubblico ufficiale o a persona incaricata di un pubblico

servizio, nell'esercizio delle funzioni o del servizio, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa fino a lire un milione .

Art. 651 c.p. *Rifiuto d'indicazioni sulla propria identità personale.* Chiunque, richiesto da un pubblico ufficiale nell'esercizio delle sue funzioni, rifiuta di dare indicazioni sulla propria identità personale, sul proprio stato, o su altre qualità personali, è punito con l'arresto fino a un mese o con l'ammenda fino a lire quattrocentomila

La necessità di effettuare un'indagine d'identificazione personale può sorgere nel vivente (perdita di memoria, dichiarazioni mendaci di latitanti, nomadi, immigrati, scambi di persone in ambito assicurativo ecc.) ovvero nel cadavere (grandi traumatismi, avanzamento dei fenomeni trasformativi cadaverici ecc.)

## 2. Identificazione del vivente

L'identificazione sul vivente ha come scopo principale quello di attribuire una precisa identità ad una persona che sia sconosciuta, o che dissimuli la propria identità.

Possono essere praticate a tal fine l'identificazione di gruppo etnico, di sesso, di età, della professionale ed infine quella individuale.

### Identificazione di gruppo etnico

L'identificazione del gruppo etnico si basa principalmente sulla ricerca istologica delle melanine che sono dei pigmenti presenti sulla cute dell'uomo e che ne danno il colore caratteristico della propria razza, per cui saranno molto abbondanti nei soggetti di razza negra specialmente a livello dello strato germinativo dell'epidermide.

### Determinazione del sesso

La determinazione del sesso non presenta generalmente difficoltà tranne nei casi di anomalie sessuali. A tale riguardo si possono distinguere: 1) il sesso dubbio, ossia la mancanza congenita delle ghiandole sessuali, o la loro atrofia o ancora la loro mancata differenziazione; 2) l'ermafroditismo vero, ossia la contemporanea presenza delle ghiandole sessuali di entrambi i sessi; 3) lo pseudoermafroditismo, cioè l'esistenza di un sesso determinato sul quale si sono innestati aspetti eterosessuali.

### Determinazione della età

Per quanto riguarda l'età, questa può essere determinata agevolmente nel feto e nelle prime fasi di vita extrauterina; nelle età successive, invece, può essere valutata solo con molta approssimazione cosicché, in questi casi, è più opportuno parlare di età "apparente".

I criteri generali solitamente utilizzati per stabilire l'età di un individuo sono:

- a) la statura;
- b) il peso;
- c) lo sviluppo corporeo complessivo;
- d) l'aspetto della cute e dei suoi annessi, in particolare la distribuzione, l'abbondanza, la lunghezza ed il colore dei peli;
- e) lo sviluppo delle masse muscolari;
- f) lo stato del sistema vascolare, ossia la presenza di arteriosclerosi, varici venose, flebosclerosi;
- g) lo sviluppo dei genitali esterni ed interni e dei caratteri sessuali secondari;
- h) i caratteri dello scheletro, radiologicamente rilevati, tenendo conto della progressiva comparsa dei nuclei di ossificazione, della saldatura delle epifisi delle ossa lunghe, dell'obliterazione delle suture, dell'atrofia del tessuto osseo ecc., nonché delle calcificazioni delle cartilagini costali, laringee, dei dischi intervertebrali ecc.;
- i) lo stato della dentizione e, qualora essa sia ormai compiuta, della dentatura.

### Identificazione della professione o del mestiere

La professione o il mestiere del soggetto può essere talora ipotizzata dal solo esame somatico esterno. Con il passare del tempo, infatti, diverse attività lavorative danno luogo a particolari modificazioni di tessuti o addirittura dalla modificazione della conformazione di determinati distretti corporei, come ad esempio la colorazione particolare della cute e dei suoi annessi, dei denti, delle gengive, delle congiuntive; a callosità; ad ipertrofie muscolari; ad alterazione dei capi articolari; ecc.

### Identificazione individuale

L'identificazione individuale si esegue mediante il confronto delle caratteristiche fisiche dell'individuo con quelle già preliminarmente segnalate.

Il segnalamento può essere: 1) descrittivo; 2) fotografico; 3) antropometrico; 4) dattiloscopico.

Il "segnalamento descrittivo" (o ritratto parlato) consiste nella descrizione dei connotati dell'individuo e dei suoi eventuali contrassegni. I primi sono rappresentati dai caratteri somatici normali (statura, peso, corporatura, colore dei capelli, forma e particolarità d'insieme della faccia, ecc.); i secondi sono invece quelli abnormi eventualmente presenti (anomalie congenite o acquisite, cicatrici, stigmati professionali, tatuaggi).

Il "segnalamento fotografico" consiste nella registrazione fotografica a mezzo busto dell'individuo nelle due pose di fronte e di profilo.

Il "segnalamento antropometrico" consiste nel misurare determinate parti del corpo dell'individuo e precisamente: la statura, la grande apertura delle braccia, l'altezza del busto, il diametro antero-posteriore e il diametro trasverso del cranio, il diametro bizigomatico, l'altezza del padiglione auricolare destro, la lunghezza dell'avambraccio sinistro, la lunghezza del dito medio e del mignolo della mano sinistra, la lunghezza del piede sinistro. In tale segnalamento si tiene anche conto del colore dell'iride.

Il "segnalamento dattiloscopico" consiste, infine, nel rilevare le impronte delle linee papillari del polpastrello delle dieci dita della mano.

### 3. L'identificazione del cadavere

In presenza di un cadavere non identificato, o di resti parziali di esso, a seconda degli elementi disponibili è possibile procedere alla identificazione della specie, della razza, del sesso, dell'età, della statura ed infine a quella individuale.

#### Identificazione di specie

L'identificazione dell'appartenenza alla specie umana si esegue attraverso indagini di anatomia comparata o, specialmente quando si tratta solo di alcune parti di ossa, mediante l'osservazione morfologica e istologica delle ossa stesse, in quanto quelle appartenenti alla specie umana hanno strutture caratteristiche (dimensioni e forma dei condotti di Volkmann e di Havers).

### Identificazione di gruppo etnico

Per quanto riguarda l'identificazione del gruppo etnico di appartenenza del cadavere, le metodiche non differiscono, almeno sostanzialmente, da quelle impiegate per la identificazione del vivente.

### Identificazione di sesso

L'identificazione del sesso su resti scheletrici, si basa principalmente sull'osservazione delle differenze morfologiche delle singole ossa, che in via generale nel maschio hanno dimensioni maggiori con creste e tuberosità più sviluppate.

I segmenti ossei che presentano maggiori segni di distinzione fra il sesso maschile e femminile sono il cranio e la pelvi.

Il cranio nel maschio è di maggiori dimensioni, architettura robusta, orbite squadrate e piccole con margini arrotondati, zigomi massicci ed arcuati lateralmente, mandibola più grande, palato più largo con una configurazione ad U e denti in generale di maggiori dimensioni e talvolta a carico del primo molare inferiore si osservano 5 cuspidi invece che 4.

Anche la pelvi presenta delle caratteristiche peculiari nei due sessi in funzione soprattutto dei diversi organi in essa contenuti.

Nel maschio si ha in genere una configurazione ossea più massiccia, con angolo sottopubico acuto a forma di V a differenza della femmina che è ottuso ed a forma di U, il forame otturatorio è più ampio e di forma ovoidale, la piccola pelvi è più piccola, a differenza della femmina dove è obliqua, poco profonda e più larga.

La diagnosi di certezza di sesso però può essere fatta solo quando si ha a disposizione dei tessuti sui quali, mediante indagini istologiche, si ricerca all'interno delle cellule la cromatina sessuale di Barr, che è possibile identificare in genere fino a 75 ore dalla morte.

### Identificazione di statura

Per identificare la statura del soggetto al quale appartenevano i resti scheletrici si utilizzano tavole e formule matematiche proposte da vari autori in base al principio che la statura di un soggetto è proporzionale alla lunghezza delle sue ossa lunghe.

Strumenti questi che consentono l'identificazione della statura con approssimazione, dovuta soprattutto all'epoca di rilevazione ed alla nazionalità dei soggetti dai quali sono stati tratti i dati metrici a fine statistico; tuttavia, essi sono egualmente di notevole utilità sempre che i risultati matematici non siano recepiti come assoluti.

In proposito è da far notare che mentre i metodi del Rollet e quello del Manouvrier risalgono ad un secolo fa e sono relativi alla popolazione di Lione e di Parigi, quello di Fully & Pineau e quello di Eliakis sono più moderni - rispettivamente del 1960 e del 1966 - e, soprattutto il secondo, è relativo ad una popolazione avente notevoli affinità morfologiche con quella italiana.

#### Identificazione di età

L'identificazione dell'età somatica dei resti scheletrici, mediante uno studio comparato radiologico e anatomico, risulta di agevole risoluzione fino a circa 24 anni; in quanto fino a tale epoca sono presenti i nuclei di ossificazione, le cartilagini epifisarie e le cartilagini costali.

Entro i primi dieci anni di vita la ricerca si basa sull'evidenziazione dei nuclei di ossificazione che hanno un'epoca di comparsa in relazione all'età; nel secondo decennio di vita l'indagine è volta a individuare la saldatura dei suddetti nuclei di ossificazione.

A tal proposito è da rilevare però che queste indagini hanno un valore indicativo in quanto vi sono da individuo ad individuo, soprattutto tra i due sessi, delle differenze talvolta notevoli.

Per gli adulti risulta assai importante lo studio del cranio ed in particolare le suture delle varie ossa che lo compongono: la sutura sagittale, cioè quella che unisce le due ossa parietali si ossifica completamente intorno ai 35 anni per l'uomo e 30 per la donna; la sutura coronale, che unisce l'osso frontale ai parietali si ossifica intorno a 40 anni; la sutura lambdoidea, che unisce l'osso occipitale ai parietali si ossifica oltre i 45 anni, mentre la sutura temporo-parietale si ossifica intorno ai 65 anni.

Un altro elemento utile ai fini di un giudizio di età somatica di resti scheletrici è dato dallo stato dei denti: la presenza o meno dei "denti del giudizio" (terzo molare), lo stato di usura, la calcificazione dello smalto e della dentina, le modificazioni strutturali, l'ampiezza della camera pulpare, ecc.

#### Identificazione individuale

Ai fini dell'identificazione individuale di un cadavere soccorre in misura talvolta determinante lo studio dell'apparato dentale poiché sia i denti sia eventuali protesi hanno una grandissima resistenza all'insulto di fattori traumatici, quali il fuoco, nonché alle alterazioni tanatologiche trasformative.

Gli elementi sui quali ci si basa per l'identificazione sono rappresentati dalla conformazione delle arcate dentali, dalla struttura dei singoli denti, dalla presenza di otturazioni e le loro caratteristiche, da ricostruzioni coronali, dalla presenza di protesi fisse o mobili, ecc.

Elementi questi che generalmente sono peculiari in ciascun individuo e che consentono un utile confronto con eventuali calchi o esami radiografici di colui al quale si sospetta appartenessero i resti cadaverici.

Le suddette metodiche identificative vengono impiegate quando si è in presenza di un gran numero di vittime come nei casi di calamità naturali, di grossi incidenti o di disastri aerei specie quando a questi ultimi segue, peraltro evenienza frequente, la carbonizzazione dei corpi.

#### 4. Identificazione odontostomatologica

Le metodiche odontostomatologiche rivestono una grande importanza nelle procedure identificative del vivente e del cadavere.

La disamina dei dati odontostomatologici viene effettuata soprattutto partendo dai dati clinici, morfologici ovvero radiografici di pertinenza del caso.

Un momento preliminare e propedeutico agli altri accertamenti è sicuramente quello della raccolta della formula dentale.

Nel corso degli anni sono stati studiati a tale scopo diversi metodi. Tra i più utilizzati ricordiamo la formula secondo Zsgimond nella quale i denti permanenti sono espressi in cifre arabe, i decidui in cifre romane e le quattro emiarcate attraverso una croce.

Denti permanenti		<i>Denti decidui</i>	
incisivo centrale:	1	<i>incisivo centrale:</i>	I
incisivo laterale:	2	<i>incisivo laterale:</i>	II
canino:	3	<i>canino:</i>	III
primo premolare:	4	<i>primo molare:</i>	IV
secondo premolare:	5	<i>secondo molare:</i>	V
primo molare:	6		
secondo molare:	7		
terzo molare:	8		

Nella formula dentale bidigitale (two digit system) ogni elemento dentario viene individuato da due cifre arabe: la prima indica all'appartenenza ad un'emiarcata, mentre la seconda il tipo di dente corrispondente.

- Dentatura permanente:

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28  
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

- Dentatura decidua:

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65  
85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

La formula dentale bidigitale è stata modificata dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) con l'introduzione di un punto di separazione tra le due cifre della formula FDI classica.

Sempre avvalendosi dell'esame dentale morfologico e radiografico è opportuno valutare inizialmente il tipo di dentizione presente (decidua, mista, permanente) ed il grado di sviluppo del singolo elemento dentale.

La formazione, la mineralizzazione, l'eruzione dei denti decidui e permanenti avvengono con una successione temporale abbastanza precisa e ricorrente, tanto che lo studio cronologico di tali fenomeni può essere un valido ausilio per la determinazione dell'età. A tale fine sono state elaborate delle tabelle cronologiche standard con le quali è possibile confrontare gli esami radiografici e fare una stima dell'età (Schour-Massler, Hellman, Gleiser-Hunt, Moores-Fanning-Hunt, Gustafson-Koch).

Secondo Portigliatti Barbos e Coll. (1982) gli stadi di mineralizzazione dentale sono dodici:

- Stadio 1 : assenza dell'immagine
- Stadio 2 : abbozzo sotto forma di lacuna ossea
- Stadio 3 : mineralizzazione delle sole cuspidi
- Stadio 4 : mineralizzazione della superficie masticatoria
- Stadio 5 : mineralizzazione di un terzo della corona
- Stadio 6 : mineralizzazione di due terzi della corona
- Stadio 7 : mineralizzazione completa della corona
- Stadio 8 : mineralizzazione di un quarto dei processi radicolari
- Stadio 9 : mineralizzazione di metà dei processi radicolari
- Stadio 10: mineralizzazione di tre quarti dei processi radicolari
- Stadio 11: apici radicolari chiusi
- Stadio 12: mineralizzazione completa

E' opportuno ricordare che alcuni Autori per stimare l'età in dentatura adulta utilizzano come parametri i progressivi cambiamenti dentali:

- usura della superficie oclusale
- apposizione di dentina secondaria nella cavità pulpare
- neoformazione di cemento
- migrazione apicale dell'attacco parodontale
- riassorbimento della radice
- trasparenza dei canali della radice

Tali tecniche sono però scarsamente utilizzate perché i parametri precedentemente menzionati possono essere influenzati da fattori patologici ben diversi dall'età.

Tra gli studi radiografici più utilizzati ai fini identificativi ricordiamo: radiografie intraorali (rx periapicali, oclusali, bite-wing), radiografie extraorali (antero-posteriore del cranio, latero-laterale del cranio, rx del mento con la pellicola oclusale, ortopantomica).

Gli elementi analizzati sono:

- caratteristiche del morso: alterazioni morfo-dimensionali dei mascellari (forma gotica, a V latina, ad omega, diastema); anomalie dei rapporti tra i due mascellari (classe dentaria di Angle, morso aperto, morso profondo, crossbite);
- anomalie di numero degli elementi dentali: in eccesso (denti supplementari, denti sovranumerari), in difetto (agenesie, inclusioni, estrazioni);
- anomalie di forma e di volume (denti conoidi, macrodontia, microdontia);
- anomalie di sede (ectopia, trasposizione, eterotopia);
- anomalie di posizione (versione, inversione, rotazione, intrusione, estrusione);
- anomalie di sviluppo (perla di smalto, fusione, geminazione, concrescenza, dens in dente);
- anomalie di struttura (ipoplasia, amelogenesi imperfetta, dentinogenesi imperfetta);
- alterazioni patologiche (abrasioni-erosioni, patologie cariose, discromie coronali, fratture coronali, riassorbimento osseo verticale-orizzontale);
- terapie conservative (otturazioni, terapie endocanalari, perni-viti endodontiche);
- terapie protesiche (protesi fisse ad elemento singolo, protesi fisse a più elementi, protesi mobili parziali, protesi mobili totali);

- impianti;
- materiali utilizzati nelle terapie conservative e protesiche (metalli nobili, metalli semi-nobili, metalli vivi, leghe di oro e platino, leghe al platino-iridio, leghe di acciaio inox, leghe satelliti, titanio, porcellane, amalgami, resine, cementi, guttaperca).

## CAPITOLO VII

### La patologia medico-legale

#### 1. Elementi di traumatologia medico-legale

La lesività medico legale, o Patologia Medico Legale, studia le alterazioni che incidono negativamente sulla integrità sia fisica che psichica della persona e che hanno come effetto una compromissione dell'organismo, la quale può avere caratteri totalmente o parzialmente reversibili oppure esitare nella morte.

Scopo dello studio della lesività è quello di identificare la natura e le caratteristiche delle lesioni e del mezzo produttore delle stesse, individuare i meccanismi patogenetici e le modalità con cui il mezzo ha agito, obiettivare tutti gli elementi utili per la ricostruzione della dinamica del fatto traumatico, evidenziare le conseguenze delle lesioni.

Nell'ambito della lesività un particolare rilievo assume la traumatologia, che si occupa degli effetti lesivi prodotti da agenti dotati di energia fisica, partitamente meccanica.

Il concetto di trauma, che nel significato originale della parola, nella lingua greca dalla quale deriva, stava a significare "ferita" o "falla di nave", ha assunto nella terminologia medica il preciso significato di alterazione organica prodotta da energia fisica, prevalentemente meccanica.

Analogamente, anche se impropriamente, con il termine di trauma psichico vengono indicate tutte quelle alterazioni delle funzioni psichiche le quali sono conseguenza di azioni violente, quali le intense emozioni derivanti, per esempio, da uno spavento, da una aggressione verbale, ecc., non dotate tuttavia di energia fisica. Traumi psichici possono realizzarsi altresì come conseguenza indiretta di traumi fisici.

Nell'ambito della lesività medico legale rientrano anche le alterazioni organiche che sono prodotte, con o senza l'intervento della reazione cellulare, dall'azione di particolari sostanze chimiche dotate di effetto disgregativo.

## 2. Classificazione generale delle lesioni

In funzione dei mezzi produttori delle lesioni si parlerà di:

- lesività da energia fisica
- lesività da energia chimica

Le **lesioni da energia fisica** sono quelle prodotte da agenti lesivi di natura meccanica, elettrica, termica, barica, radiante.

Le lesioni da energia meccanica, in base alla tipologia del mezzo, alle sue modalità di azione, agli effetti lesivi, possono ulteriormente dividersi in:

- lesioni da mezzi contusivi
- lesioni da arma bianca
- lesioni da arma da fuoco
- asfissie meccaniche violente

Le lesioni da energia elettrica possono essere distinte, a seconda del tipo di energia agente, in lesioni da energia elettrica naturale o atmosferica e cioè il fulmine, e lesioni da energia elettrica industriale e cioè la corrente sia continua che alternata.

Le lesioni da energia termica sono quelle prodotte dal calore, che può essere naturale, come quello generato dal sole, comprendendo quindi i colpi di sole e colpi di calore; o industriale che si produce a seguito della cessione di energia: in questa categoria rientrano le lesioni da fiamma e da liquidi bollenti che danno luogo alle ustioni.

Le lesioni da energia barica sono quelle prodotte dalle variazioni in eccesso o in difetto della energia pressoria nell'ambiente. Si distinguono quindi le lesioni da iperbarismo e le lesioni da ipobarismo.

Le lesioni da energia radiante sono quelle prodotte dalle radiazioni elettromagnetiche e da quelle corpuscolate o materiali.

Le **lesioni da agenti chimici** possono essere classificati a seconda della natura dei mezzi produttori i quali possono agire con meccanismo propriamente chimico o con meccanismo biochimico.

Tra i primi sono annoverate le sostanze caustiche o corrosive tra le seconde i veleni; tutte possono essere allo stato solido, liquido o gassoso.

### 3. Lesività da energia meccanica

#### 3.1. Lesioni da mezzi contusivi

Per mezzo contusivo si intende qualsiasi corpo fisico che abbia una superficie più o meno larga, sia piana che convessa e che sia privo di asperità costituenti spigoli o punte o taglienti e che abbia margini smussi ed arrotondati.

L'azione dei mezzi contusivi può estrinsecarsi con una duplice modalità che può essere o puramente contusiva o discontinuativa.

La prima dà luogo ad irritazione cutanea, ecchimosi, ematomi; la seconda ad abrasione, escoriazione, ferite lacere e ferite lacero-contuse, lesioni viscerali, fratture.

Meccanismi combinati contusivi e discontinuativi danno luogo ai grandi traumatismi nei quali rientrano la precipitazione, l'investimento, l'esplosione, lo schiacciamento e l'impalamento.

##### a) Irritazione cutanea

E' prodotta dal mezzo contusivo che agisce con un'azione di strisciamento o anche di pressione, di entità assai modesta, che provoca una reazione vasomotoria dei tessuti interessati e che si manifesta con un impallidimento e successivo arrossamento della cute.

##### b) Ecchimosi ed ematoma

Azioni contusive agenti con meccanismo di compressione o decompressione o trazione, dotate di maggiore forza viva rispetto a quelle produttrici delle irritazioni cutanee, non sufficiente tuttavia a vincere la resistenza dei tessuti, danno luogo alla formazione d'ecchimosi o d'ematomi.

S'intende per ecchimosi dunque uno stravaso di sangue che si raccoglie nei tessuti e che è dovuto alla rottura di vasi di piccolo calibro. Si parla invece d'ematoma quando la raccolta ematica raggiunge proporzioni rilevanti per la rottura di vasi di maggior calibro.

L'ecchimosi superficiale ha una comparsa pressoché immediata ed assume un colorito rosso violaceo; l'ecchimosi degli strati più profondi ha una comparsa più tardiva ma ha la stessa colorazione.

Nel vivente il colore dell'ecchimosi varia con il trascorrere dei giorni passando dall'originaria colorazione rosso violacea ad una bluastra, nei primi quattro-cinque giorni, per assumere un colore verde con sfumature marginali giallastre, dopo circa sette-otto

giorni; nel giro di dieci-dodici giorni il colorito giallastro periferico si diffonde con movimento centripeto, si attenua sino a confondersi con il colorito della cute e l'ecchimosi scompare. La suddetta variazione cromatica delle ecchimosi è di grande utilità quando sia necessario porre in relazione l'ecchimosi con un determinato evento traumatico.

Nel cadavere l'ecchimosi non ha variazioni cromatiche se non quelle legate alla trasformazione putrefattiva dell'emoglobina; pertanto dopo qualche giorno di permanenza del colore originario rosso bluastro si avrà un viraggio verso la colorazione nerastra, previa un'eventuale breve fase verdastra, che si confonderà subito dopo con il generale colorito bruno che assume il cadavere.

L'ecchimosi ha di solito un'origine traumatica. Vi sono tuttavia ecchimosi che si producono spontaneamente per fatti patologici come emopatie coagulative nel corso di malattie infettive o tossiche o per gravi epatopatie.

#### c) Abrasioni ed escoriazioni

Si intende per escoriazione la distruzione degli strati superficiali cutanei ad opera di un mezzo contundente che agisce tangenzialmente sul piano cutaneo con azione di strisciamento.

Quando lo stesso effetto discontinuativo viene prodotto da uno strumento tagliente che agisce sulla superficie cutanea trasversalmente rispetto al proprio asse si parla di abrasione.

A seconda della profondità degli strati cutanei interessati diversi saranno gli esiti delle lesioni escoriative: se è lesa solo lo strato epidermico si forma una trasudazione di linfa con conseguente crosta sierosa; quando viene interessato il derma, unitamente alla linfa avviene una fuoriuscita di gemizi di sangue che producono una crosta siero ematica grande tanto da ricoprire l'intera area escoriata; l'interessamento ancora più in profondità dello strato dermico provoca una franca emorragia con crosta ematica di più consistente spessore.

Le lesioni escoriative non hanno di norma una forma particolare e ben difficilmente si può, attraverso la loro osservazione, risalire al mezzo che le ha prodotte. Solo in casi particolari ciò è possibile come per esempio quando si tratti di unghiate impresse con meccanismo di compressione, le quali danno luogo ad un'escoriazione a forma di semiluna facilmente riconoscibile e diagnosticabile; di graffiature, prodotte dall'azione di strisciamento delle unghie; di impronte di strumenti particolari, come lo scudiscio, che da luogo a figure dalla caratteristica forma a nastro;

di impronte di morsi che di solito consentono di risalire al disegno di una parte delle arcate dentarie.

Particolare rilievo riveste la sede delle escoriazioni il cui studio può portare un contributo talvolta determinante per la ricostruzione dell'evento traumatico. Così le lesioni escoriativie localizzate in corrispondenza degli orifici o delle vie respiratorie possono denunciare l'attuazione di una meccanica asfittica; quelle localizzate alla regione genitale o sulle cosce, un'azione di libidine violenta o di violenza carnale.

Di particolare interesse medico-legale è la diagnosi differenziale tra escoriazione prodotta in vita e quella dopo la morte.

Microscopicamente, infatti, l'escoriazione prodotta in vita mostra sulla superficie del derma, che è giallastra, un'arborizzazione rossastra prodotta dalla coagulazione del sangue nei capillari; essa viene indicata come trombosi capillare.

#### d) Ferite lacere e lacero-contuse

Le ferite lacere e le ferite lacero-contuse si producono quando l'azione del mezzo contundente che agisce con meccanismo di trazione e di schiacciamento è particolarmente intensa tanto da vincere la resistenza dei tessuti e provocarne la discontinuità ai livelli sia superficiali sia profondi.

Si ha una ferita lacera quando l'azione lesiva è caratterizzata da un esclusivo meccanismo di trazione o di strappamento; si ha una ferita lacero contusa quando ai predetti meccanismi si associa uno di compressione e schiacciamento che produce anche un effetto da scoppio.

Le ferite lacere sono caratterizzate da margini più o meno irregolari scollati, da fondo anfrattuoso scarsamente infiltrato di sangue, da pareti irregolari che risultano tra loro unite da lacine di tessuto costituite per lo più da fasci connettivali, espressione questi ultimi della differente resistenza dei vari strati di tessuti alla forza traente.

Le ferite lacero-contuse hanno caratteristiche simili a quelle lacere ma, a ragione della prevalente azione compressiva esercitata dalla forza, mostrano una più marcata irregolarità dei margini ed una notevole infiltrazione ematica dei margini, delle pareti e del fondo della lesione.

#### e) Lesioni viscerali e fratture ossee

I traumi contusivi che agiscono sulla superficie cutanea possono provocare oltre alle ferite precedentemente descritte anche lesioni

viscerali e fratture ossee.

Si parla di lesioni viscerali quando l'azione lesiva interessa strutture anatomiche situate al di sotto dello strato adiposo sottocutaneo.

L'effetto lesivo può consistere in lacerazioni parenchimali, in discontinuazione dei tessuti, in scoppio dei visceri, in lacerazione di tessuti muscolari, vascolari e nervosi e in dislocazione viscerale.

Come conseguenza di dette lesioni si producono emorragie interne che formano una raccolta ematica nelle varie cavità e che contribuiscono ad aggravare il quadro traumatico.

Tra le complicità di maggior rilievo è da evidenziare quelle dovute allo scoppio di visceri cavi specie quando essi sono pieni di materiale liquido, solido o gassoso. Particolarmente drammatici sono gli scoppi dello stomaco e della vescica.

#### f) I Grandi Traumatismi

Perché si possa parlare di grande traumatismo è necessario che il quadro traumatico sia caratterizzato dalla molteplicità, dalla multiformità e dalla multipolarità delle lesioni. È necessario cioè che il quadro lesivo sia costituito da più lesioni, diverse tra loro per gravità e tipologia, le quali siano distribuite in più regioni corporee.

Tra i grandi traumatismi sono compresi, essendo tutti caratterizzati dalla complessità delle lesioni, la *precipitazione*, l'*investimento*, le *esplosioni*, lo *schacciamento* e l'*impalamento*.

##### - *Precipitazione*

Si parla di *precipitazione* quando un corpo, libero nello spazio, si abbatte al suolo per forza di gravità.

Il quadro lesivo della precipitazione è tanto più grave quanto maggiore è l'altezza della stessa: infatti, l'energia lesiva, che deriva dalla brusca decelerazione che subisce il corpo al momento dell'impatto, è diretta espressione dell'energia cinetica accumulata dal corpo durante la caduta; energia che aumenta con l'aumentare della velocità in funzione dell'altezza e del peso corporeo.

##### - *Investimento*

L'investimento tipico è il contatto violento di un veicolo in movimento con un corpo umano fermo o in movimento.

Esistono poi altre varietà di investimento, anche se così definite impropriamente, che attengono all'urto dell'organismo umano in movimento contro il veicolo fermo, all'urto del veicolo in movimento contro un ciclista o motociclista fermo o in movimento, all'urto di un animale di grossa taglia con un organismo umano.

### - *Esplosioni*

Per *esplosione* si intende l'improvvisa e violenta espansione di fluidi cui consegue una brusca variazione di pressione con produzione di onde d'urto che si trasmettono nell'ambiente circostante sia esso solido, liquido o gassoso.

La lesività che si produce, tutta di natura contusiva, è la più varia e quanto mai traumatizzante potendosi osservare financo lo smembramento del corpo.

### - *Schiacciamento*

Si intende per *schacciamento* l'evenienza in cui l'organismo viene ad essere violentemente e totalmente compresso da una forza esterna con gravi ed estese lesioni ai suoi vari organi ed apparati.

### - *Impalamento*

L'impalamento, che in senso stretto è una lesione da punta impropria, rientra tra i grandi traumatismi per le gravi e multiformi lesioni disgregative tegumentarie e viscerali che produce un mezzo appuntito e voluminoso, che penetra nell'organismo.

È chiamata in causa nell'impalamento l'azione di mezzi assai vari come i pali, le aste delle cancellate, i rami di albero, le palizzate, i tondini di ferro di consistente diametro, ecc.

## 3.2. Le lesioni da arma bianca

S'intende convenzionalmente per arma bianca qualsiasi mezzo che abbia capacità lesive, in quanto in grado di penetrare nell'organismo, e che sia dotato o di una punta o di un margine tagliente o di una punta ed uno o più margini taglienti.

Si parlerà quindi di armi da punta, armi da taglio, armi da punta e taglio distinguendo tra queste ultime quelle dotate di un margine tagliente da quelle altre che possiedono due o più margini taglienti; da menzionare poi a parte quelle armi da taglio che per aver una lama particolarmente robusta vengono definite fendenti.

La lesività prodotta dall'azione di questi mezzi, i quali agiscono con meccanismi, singoli o associati, di pressione, di strisciamento e di rotazione, dà luogo alle ferite da punta, alle ferite da taglio, alle ferite da punta e taglio ed alle ferite da fendente.

### a) *Ferite da punta*

Sono considerati mezzi a punta, o armi da punta, tutti quegli strumenti aventi sezione circolare e forma cilindrica o conica, che terminano con una punta che può essere più o meno acuminata e che

abbiano consistenza strutturale sufficiente per attuare l'azione penetrante.

I più comuni mezzi lesivi a punta sono gli aghi, gli spilloni, i punteruoli, i chiodi, gli spiedi, le forchette, i forconi, le lime a sezione circolare ecc.; sono anche strumenti a punta come le corna di animali come il toro.

Le armi da punta agiscono con prevalente meccanismo di pressione e penetrano nell'organismo divaricando i tessuti senza reciderli producendo un forame di ingresso, un tramite intrasomatico ed, in casi particolari, anche un forame di uscita.

Poiché il mezzo a punta penetra nei tessuti cutanei senza reciderli ma divaricandone le fibre, la forma del foro di ingresso non riproduce quella dello strumento ma sarà ovalare o triangolare o a losanga a seconda della disposizione delle fibre del tessuto interessato.

L'orificio di uscita nella lesione da punta si potrà avere solo quando l'arma è particolarmente lunga o quando è interessata una struttura corporea di modesto spessore, come per esempio un braccio, o quando il mezzo agisce tangenzialmente al piano cutaneo. Il foro avrà caratteri morfologici sovrapponibili a quello di entrata; mancherà ovviamente la componente escoriata presente talvolta in quest'ultimo.

Per quanto attiene alle dimensioni delle ferite da punta è subito da rilevare che il carattere costante che contraddistingue queste lesioni è la prevalenza della dimensione della profondità del tramite su quella della lunghezza e larghezza degli orifici di ingresso e di uscita.

#### ***b) Ferite da taglio***

Sono considerati strumenti da taglio quelli costituiti da una lama con margine assai affilato che ha perciò capacità di recidere i tessuti agendo con modalità di pressione e strisciamento e con l'impiego di forza anche modesta.

I più comuni mezzi da taglio sono i coltelli, i bisturi, i rasoi, le lamette da barba, le falci, le roncole, le spade. Esistono tuttavia altri mezzi da taglio atipici i quali, pur non avendo originaria destinazione all'azione tagliente, hanno eguale capacità lesiva. Essi sono per la maggior parte rappresentati dai margini di lastre di vetro e di vasellame frantumati, da lastre metalliche sottili, da fili molto sottili e robusti.

Gli effetti lesivi specifici prodotti da detti mezzi possono, in ordine crescente di gravità, essere così indicati:

- **abrasione:** è la lesione minima che consegue allo strisciamento tangenziale di una lama sulla cute e consiste nell'asportazione dell'epidermide;
- **ferite lineari:** sono prodotte dall'azione della lama che penetra perpendicolarmente nei tessuti con modalità di pressione e strisciamento provocandone la recisione netta;
- **ferite a lembo:** si hanno quando il mezzo tagliente recide i tessuti con modalità di pressione e strisciamento ma agendo in senso pressoché tangenziale alla cute; produce così un lembo di tessuto con margine libero in corrispondenza del punto di inizio dell'azione recidente;
- **ferite mutilanti:** sono conseguenti all'azione particolarmente energica del mezzo tagliente su parti sporgenti del corpo di cui si provoca il distacco netto.

Le ferite da taglio, in cui la lunghezza domina sulla larghezza e sulla profondità, sono caratterizzate da margini divaricati, giustapponibili, lineari, regolari e netti, angoli acuti, fondo regolare senza ponti di tessuto che uniscono le pareti come si osserva nelle ferite lacero contuse di cui si dirà appresso.

La regolarità e la nettezza dei margini nonché l'acutezza degli angoli dipendono dalle caratteristiche della lama nel senso che quanto maggiormente affilato sarà il margine tagliente del mezzo tanto più netti e regolari saranno i margini ed acuti gli angoli. Irregolarità dei margini possono tuttavia osservarsi anche nel caso di lame molto affilate quando la cute interessata è grinzosa e plicata oppure quando l'azione recidente è reiterata sullo stesso tratto di cute.

Nell'ambito delle ferite da taglio rivestono grande importanza le cosiddette "codette". Esse sono delle discontinuazioni assai superficiali del tessuto localizzate in corrispondenza degli angoli della ferita, disposte nella stessa direzione di quest'ultima. Sono prodotte dalla lama nel corso dell'azione lesiva sia quando si accosta al tessuto ed approfondendosi inizia l'azione recidente, sia quando si allontana da esso superficializzandosi al termine della stessa; le discontinuazioni prodotte all'inizio dell'azione si definiscono codette di entrata, quelle prodotte alla fine, codette di uscita; le prime sono in genere più corte poiché la pressione della mano che impugna l'arma è più forte e decisa all'inizio che non in sul finire.

#### *c) Ferite da punta e taglio*

Le ferite da punta e taglio sono quelle prodotte da un mezzo

dotato di una lama avente uno o più margini taglienti ed una punta. Si distinguono quindi mezzi da punta e taglio monotaglienti, bitaglienti o politaglienti.

I più comuni mezzi da punta a taglio sono i coltelli a punta di uso domestico, i coltelli a serramanico, i pugnali, le spade, gli stiletti, le lame delle forbici; da aggiungere poi tutti quegli strumenti di uso artigianale che avendo le caratteristiche suddette possono svolgere analoga azione lesiva.

Caratteri generali di queste ferite sono i margini, le pareti ed il fondo netti e scarsamente infiltrati di sangue; gli angoli tutti acuti, se si tratta di un mezzo bi o poli tagliente, o uno acuto e l'altro ottuso se invece si tratta di mezzo monotagliente; la forma, che varia a seconda del mezzo usato e la profondità che di norma prevale sulla lunghezza e larghezza della lesione.

Nel caso di mezzo monotagliente la ferita potrà avere una forma vagamente ovalare, più o meno pronunciata a seconda dell'indice di retrazione dei margini; un angolo acuto in corrispondenza del tratto dove ha agito il margine tagliente ed un angolo ottuso dove ha agito la costa. La maggiore o minore ottusità di questo margine dipenderà dal maggiore o minore spessore della costa dell'arma; nei casi in cui la costa è particolarmente spessa la figura della lesione può essere quella di un triangolo isoscele con apice in corrispondenza del margine tagliente e base in corrispondenza della costa.

Quando agisce un mezzo bitagliente la lesione avrà una forma ovalare con gli angoli tutti e due acuti. Se il mezzo è politagliente la forma assomiglierà molto a quella di una stella con un numero di punte uguale al numero dei margini taglienti del mezzo.

Dalla profondità della ferita non è possibile dedurre, se non in qualche raro e peculiare caso, la lunghezza della lama potendo avere il tramite intrasomatico una profondità inferiore a quella della lama nel caso che questa non sia penetrata in tutta la sua lunghezza, come può averne una maggiore quando è interessata dalla lesione una regione con cute molto elastica come è per esempio quella della parete addominale.

La forma della ferita da punta e taglio può essere talvolta condizionata da movimenti compiuti dalla mano che impugna l'arma quando questa è già infissa nei tessuti.

#### *d) Ferite da fendente*

Le ferite da fendente si distinguono da quelle da taglio perché nelle prime è prevalente l'azione di pressione del mezzo che, per questo, recide i tessuti con movimento perpendicolare ad essi.

I più comuni mezzi che possono produrre lesioni da fendente sono le scuri, le asce, le mannaie, le daghe, le falci.

Caratteri delle ferite da fendente, rispetto a quelle da taglio pure, sono i margini che solo raramente hanno la nettezza e la linearità di quelli delle ferite da taglio a causa delle peculiarità delle lame usate che sono di solito assai robuste e spesso poco affilate; attorno ai margini poi si osserva un effetto ecchimotico-escoriativo espresso dalla prevalente azione di pressione e dalla robustezza del mezzo.

#### *e) Depezzamento*

Il depezzamento è una forma di lesività complessa che può riguardare sia il corpo vivente che il cadavere; esso rientra tra le lesioni d'arma bianca perché è eseguito con strumenti da taglio o con fendenti o con mezzi da punta e taglio o con seghe; talvolta con l'uso combinato di due o più mezzi.

Questa peculiare lesività, che nella maggior parte dei casi integra il delitto di vilipendio di cadavere, ha di solito la finalità di rendere agevole l'occultamento del corpo che può così essere facilmente racchiuso in sacchi, valigie, scatole e disperso anche separatamente.

### **3.3. Lesioni da arma da fuoco**

Si intende per lesione d'arma da fuoco quella prodotta sull'organismo umano, sia a livello cutaneo che viscerale, dall'azione di uno o più proiettili esplosi da un'arma da fuoco.

L'identificazione delle lesioni d'arma da fuoco è consentita, a livello cutaneo, dalla peculiarità del foro di ingresso, nel caso di carica singola, o del quadro lesivo dell'orifizio d'entrata, nelle ferite da carica multipla; a livello viscerale, oltre alla peculiarità dei quadri lesivi, determinante per la diagnosi è il rinvenimento di proiettili singoli o multipli, nel contesto somatico.

#### **Ferite d'arma da fuoco a carica singola**

Le lesioni d'arma da fuoco a carica singola sono rappresentate principalmente dal foro di ingresso, dal tramite intrasomatico e dal foro di uscita, quest'ultimo non sempre necessariamente presente.

##### **A) Foro d'ingresso**

Giungendo a contatto con la cute il proiettile unico determina un cono di depressione e secondariamente, vincendo la resistenza che la cute stessa oppone alla sua penetrazione, produce un foro

d'ingresso.

Quando il proiettile raggiunge la cute non ricoperta da indumenti, intorno al foro d'ingresso si reperta l'orletto di detersione che è rappresentato da un'area circolare di colorito nerastro ed è dovuto al deposito sulla cute di residui di sparo e di scorie presenti all'interno della canna precedentemente raccolte dal proiettile.

Circostante il foro di ingresso è sempre presente un orletto ecchimotico-escoriato che rappresenta l'elemento di maggiore significatività ai fini della diagnosi differenziale con il foro di uscita. Detto orletto è prodotto, con meccanismo di compressione e strisciamento, dall'azione del proiettile sulla cute al momento di attraversarla quando la infossa a dito di guanto e, per il movimento di rotazione attorno al proprio asse, da cui è animato, la escoria. Accade così che dopo il passaggio del proiettile la cute torna a distendersi e intorno all'orifizio residua una piccola area circolare ecchimotica ed escoriata.

#### B) Tramite

Si definisce tramite il canale che il proiettile produce nell'interno del soma; esso ha pareti irregolari, anfrattuose, con abbondanti infiltrazioni ematiche.

Il tramite si definisce transfosso o trapassante quando sbocca in foro di uscita. E' a fondo cieco quando non è presente un foro di uscita ed il proiettile è trattenuto all'interno del corpo, in una nicchia terminale oppure libero in qualche organo cavo. Se il proiettile colpisce la superficie corporea tangenzialmente la ferita sarà a semicanale ed il tramite risulterà esterno.

Anche la forma del tramite dipende dalla struttura anatomica attraversata; normalmente si presenta come un cono allungato il cui apice è rivolto dalla parte di provenienza del proiettile. Nelle strutture rigide come le ossa, detta forma conica si accentua ancora di più (cratere) e permette di riconoscere chiaramente la direzione del colpo.

#### C) Foro d'uscita

Il foro d'uscita è una soluzione di continuo dei tegumenti, prodotta dall'estroffessione e dalla lacerazione della cute che il proiettile determina uscendo dal corpo.

Si presenta in maniere estremamente variabile in rapporto alle proprietà dinamiche della pallottola ed alla regione corporea interessata. In genere ha dimensioni maggiori rispetto al corrispettivo foro d'entrata; la forma è irregolarmente rotondeggiante od ovalare, se il proiettile all'uscita è ancora

animato da notevole forza viva, altrimenti può assumere aspetto a fessura o stellato tanto da simulare una ferita lacero-contusa.

Nel foro d'uscita normalmente non è dato repertare l'orletto di detersione e quello ecchimotico-escoriato, propri del foro d'entrata.

#### **Ferite d'arma da fuoco a carica multipla.**

Le lesioni d'arma da fuoco a carica multipla sono per quantità e qualità diverse da quelle a carica singola, e dipendono dal numero e dalla grandezza dei proiettili impiegati nonché dalla distanza di sparo.

Infatti quando viene esploso un colpo d'arma da fuoco a carica multipla accade che nel primo tratto della traiettoria balistica, indicabile tra l'uno e i due metri, il complesso di pallini che forma il munizionamento della cartuccia compie il movimento di traslazione come un complesso unico, a palla. Oltre questa distanza i proiettili cominciano a disperdersi in senso centrifugo formando una specie di rosata che si va sempre più allargando in funzione della distanza di sparo. Da rilevare che la formazione della rosata avviene gradualmente talché inizialmente il nucleo centrale dei pallini rimane conglutinato mentre gli elementi periferici cominciano a divergere: la divergenza aumenta con la distanza, finché il nucleo centrale scompare e ogni elemento appare isolato dagli altri con la completa formazione della rosata.

Ognuno dei proiettili che compongono la rosata produce sul bersaglio un orificio di ingresso contornato da piccolo orletto ecchimotico e poiché non sono dotati di notevole forza viva raramente riescono a fuoriuscire dal soma ma di norma si raccolgono o nel contesto delle strutture cutanee o nel contesto muscolare oppure più in profondità nei visceri o nelle cavità corporee. Solo quando un nucleo piuttosto consistente di pallini fa ancora palla attingendo il corpo, si può osservare anche un foro di uscita.

#### **3.4. Asfissia meccanica violenta**

Si comprende sotto la denominazione di asfissie meccaniche violente tutte quelle forme di lesività che si caratterizzano per il fatto che l'impedimento alla penetrazione dell'aria nell'albero respiratorio è conseguenza dell'azione di una causa esterna, quindi esogena, di natura meccanica, che si estrinseca, con consistente energia, improvvisamente e rapidamente.

In base a dette modalità di azione è possibile operare una

classificazione delle forme asfittiche meccaniche violente indicando con il termine di *soffocazione* quella forma dovuta all'occlusione degli orifici respiratori, con i termini di *strozzamento*, *strangolamento*, *impiccamento*, *annegamento*, *sommersione interna e intasamento*, quelle conseguenti all'ostruzione, esterna o interna delle vie respiratorie, di *compressione del torace* quella da impedimento degli atti respiratori, di *confinamento* quella da carenza di ossigeno nell'aria respirata.

#### Soffocazione

Si intende per soffocazione quella forma di asfissia meccanica violenta che si realizza a seguito dell'occlusione degli orifici respiratori attuata esercitando contemporaneamente sulla bocca e sul naso una violenta pressione o con l'impiego di una o tutte e due le mani o di altro mezzo fisico che, per risultare adeguato, deve essere soffice.

Il meccanismo fisiopatologico della soffocazione è quello dell'asfissia pura essendo questa l'unica forma lesiva, nell'ambito delle morti asfittiche meccaniche, nella quale sicuramente non intervengono fattori a patogenesi diversa capaci di interferire con il meccanismo asfittico.

Il quadro anatomico patologico esterno ed interno è quello comune a tutte le forme asfittiche.

Il quadro lesivo risulta invece caratterizzato da lesività ecchimotica escoriativa localizzata in corrispondenza degli orifici respiratori e talvolta sulla proiezione cutanea della mandibola, specie in corrispondenza della regione mentale.

La soffocazione è evenienza prevalentemente omicidiaria anche se non mancano segnalazioni di fatti accidentali o più raramente suicidari; questi ultimi sono sempre sostenuti da una patologia mentale del suicida.

Poiché l'attuazione della meccanica asfittica presuppone sempre una notevole sproporzione di forza tra la vittima e l'aggressore, la soffocazione viene attuata prevalentemente su neonati, infanti, anziani defedati, soggetti in stato d'incoscienza per l'effetto di sostanze alcoliche o stupefacenti.

#### Strozzamento

Lo strozzamento si realizza mediante l'ostruzione delle vie respiratorie attuata esercitando, con una o entrambe le mani, una violenta compressione a livello del collo.

L'azione lesiva può essere attuata o con una pressione esercitata

in senso antero-posteriore sulle vie respiratorie di modo che esse vengano ad essere schiacciate contro la colonna vertebrale; o con pressione latero laterale producendo uno schiacciamento delle pareti delle vie aeree con scomparsa del loro lume: in tutte e due i casi l'effetto che ne deriva è l'impedimento del passaggio dell'aria con conseguente sintomatologia asfittica.

Da rilevare che in taluni casi l'azione compressiva del collo può coinvolgere aree riflessogene, sedi di centri o vie nervose, frequente quella del seno carotideo, la cui stimolazione può indurre meccanismi inibitori che prevalgono su quelli asfittici.

Costituiscono segni esterni dello strozzamento le lesioni ecchimotiche localizzate alle facce anteriore e laterali del collo, le quali spesso sono del tipo figurato e riproducono la forma delle dita o dei polpastrelli; le lesioni escoriative lineari, a forma di semiluna, prodotte dalle unghie dell'aggressore, sempre localizzate al collo.

Sono segni interni la infiltrazione ematica, di solito scarsa, dei fasci neuro-muscolari del collo (reperto questo incostante), le lesioni delle strutture cartilaginee tiroidee e di quelle dell'osso ioide, le lesioni dell'intima delle carotidi.

Lo strozzamento è evenienza esclusivamente omicidiaria ove si escluda qualche rarissimo caso di suicidio attuato con tale meccanismo asfittico da parte di soggetti affetti da particolari sindromi psichiatriche.

Questa meccanica asfittica per essere attuata richiede, come per la soffocazione, una notevole sproporzione di forza tra vittima e aggressore che consenta a quest'ultimo di mantenere la stretta al collo per un periodo sufficientemente lungo per il realizzarsi del quadro asfittico.

A tale proposito è utile rilevare che in questa forma asfittica, come peraltro nella soffocazione, ed a differenza delle restanti fattispecie, non si ha la perdita rapida della coscienza; ciò consente una certa qual reazione da parte della vittima per annullare la quale è intuitivo come sia indispensabile una notevole forza da parte dell'aggressore.

#### Strangolamento

E' questa una forma di asfissia meccanica che si attua mediante costrizione dall'esterno delle vie aeree ottenuta con l'uso di un laccio, posto attorno al collo, a cui è applicata una forza traente agente in senso trasversale rispetto all'asse maggiore del collo.

Lo strangolamento quindi si differenzia dallo strozzamento per l'utilizzazione, nel primo, di un mezzo meccanico idoneo a produrre

la costrizione degli organi del collo con un progressivo restringimento, attorno ad esso, talché il lume delle vie aeree subisce una rapida e progressiva ostruzione sino ad impedire il normale flusso dell'aria.

Sono per lo più impiegati, quali mezzi idonei ad esercitare siffatta azione costringente, le corde, i lacci, i fili metallici di piccolo diametro, i fili elettrici, le cinghie, le calze di nailon, le cravatte; può comunque essere utilizzato per l'azione lesiva qualsiasi altro mezzo con proprietà analoghe ai suddetti.

La morte nello strangolamento avviene per asfissia i cui tempi hanno una durata in rapporto alla più o meno completa ostruzione delle vie aeree nel senso che se questa è parziale si prolungano notevolmente le fasi asfittiche.

Il quadro anatomo-patologico è quello in generale delle morti asfittiche. Al meccanismo asfittico si possono però sostituire, per il noto effetto inibitorio, quelli di origine nervosa di cui si è già detto; in questo caso la morte interviene rapidamente e non si realizza il quadro asfittico.

Costituisce unico segno esterno, patognomonico dello strangolamento tipico, il solco cutaneo impresso sulla superficie del collo; tale solco, tenendo conto delle modalità di azione del mezzo, ha una disposizione trasversale e solo raramente può essere dotato di una minima obliquità, è continuo nel senso che interessa tutta la superficie del collo, talvolta con una sovrapposizione nel punto in cui il laccio si incrocia, ed ha una eguale profondità in tutto il suo percorso; la consistenza del solco può essere dura o molle a seconda che a produrlo sia stato un laccio ruvido, come una corda spessa o un laccio soffice come può essere una calza di nylon o un foulard.

#### Impiccamento

Si intende per impiccamento una forma asfittica meccanica violenta caratterizzata dall'ostruzione delle vie aeree attuata mediante la violenta costrizione degli organi del collo con un laccio che si tende per l'energia derivante dalla sospensione del corpo.

I mezzi impiegati per l'impiccamento sono vari: tra quelli di frequente osservazione si possono ricordare le corde di diversa natura e grandezza, le cinghie, i fili metallici ed elettrici, le lenzuola, le sciarpe, gli asciugamani.

La modalità di applicazione di detti mezzi al fine di raggiungere la costrizione del collo è piuttosto semplice e consiste nel far compiere al laccio, su cui è stato fatto un nodo scorsoio, una o più volute attorno al collo facendo in modo che il pieno dell'ansa si

venga a trovare in corrispondenza della faccia anteriore del collo ed il nodo scorsoio in regione occipitale; si fissa poi l'estremità del laccio ad un sostegno sufficientemente rigido che faccia da reazione alla trazione esercitata, per la forza di gravità, dal peso del corpo sospeso nel vuoto così che l'ansa del laccio, scorrendo nel nodo scorsoio, venga a restringersi progressivamente esitando nell'ostruzione delle vie aeree.

La fisiopatologia della morte per impiccamento è condizionata dal concorso simultaneo o successivo, costante o eventuale, dei tre determinismi lesivi che caratterizzano questa forma e cioè quello di natura asfittica, quello di natura circolatoria e quello di natura nervosa.

Infatti la costrizione e contestuale trazione degli organi del collo esercitata dal laccio comporta, oltre all'impedimento del flusso dell'aria nelle vie respiratorie, un'ostruzione per stiramento sia delle giugulari che delle carotidi, cui consegue una stasi cerebrale per impedito riflusso del sangue, con perdita immediata della coscienza. Quindi si ha un progressivo arresto della circolazione cerebrale che non è rapidissimo perché di solito rimane agibile la rete vasale dell'arteria vertebrale ma che può anch'esso essere pressoché immediato se anche quest'ultima via viene compromessa. Il laccio, contemporaneamente, esercita sulle aree riflessogene del seno carotideo e del vago una stimolazione, per compressione o anche per stiramento, che induce un meccanismo inibitorio con morte sincopale.

Tra i reperti che caratterizzano il quadro lesivo dell'impiccamento quello che riveste primaria importanza è rappresentato dalla lesione cutanea di natura ecchimotica-escoriata prodotta dall'azione del laccio sul collo, comunemente denominata solco. Un importante carattere del solco è rappresentato dalla presenza nel suo contesto di creste emorragiche e vescichette sierose che starebbero a dimostrare la vitalità della lesione: elemento questo di una certa importanza nella diagnosi differenziale tra impiccamento e sospensione di cadavere.

I reperti della lesività interna che si produce nell'impiccamento riguardano prevalentemente gli organi del collo a carico dei quali si osserva un'infiltrazione emorragica dei fasci muscolari e nervosi, la lesione trasversale dell'intima delle carotidi, la lacerazione dei fasci nervosi, lesioni queste che avvengono per stiramento; la rottura dei corni superiori della cartilagine tiroidea e dei corni dell'osso ioide, queste ultime possono prodursi anche dopo la morte nella sospensione di cadavere: la presenza di infiltrazione nei focolai

della frattura consente di porre diagnosi di vitalità della lesione; vi è, poi, la frattura-lussazione delle vertebre cervicali e la frattura del dente dell'epistrofeo.

#### Annegamento

Si intende per annegamento una forma di asfissia meccanica violenta caratterizzata dall'ingresso di un mezzo liquido negli organi respiratori cui consegue la sostituzione del contenuto aereo dei polmoni con liquido e l'impedimento, per la presenza di quest'ultimo, dei normali scambi gassosi.

Tra i segni esterni evidenziabili sul cadavere di un annegato si deve ricordare:

- schiuma mucosa biancastra agli orifici respiratori, comunemente detta fungo schiumoso. Si tratta di un reperto caratteristico costituito dalla commistione, che avviene a livello dei bronchi e della trachea, tra il liquido annegante ed il muco areato. Esso affiora agli orifici respiratori dopo che il corpo viene estratto dall'acqua concorrendo in ciò fenomeni putrefattivi gassosi che imprimono al diaframma una spinta verso l'alto; se la schiuma non compare all'esterno talvolta è sufficiente esercitare una leggera pressione sulla gabbia toracica per ottenerne la fuoruscita; il fungo può anche mostrare una colorazione rossastra per mescolanza della schiuma con il sangue.

- trasparenza e lucentezza delle strutture corneo-congiuntivali che non subiscono l'evaporazione post-mortale. E' questo un fenomeno che attiene alla permanenza del cadavere in ambiente liquido.

- macerazione cutanea che si osserva dopo qualche ora di permanenza del corpo nell'ambiente liquido e consiste nel raggrinzimento progressivo delle strutture cutanee che successivamente si staccano. Il fatto è indice di permanenza del cadavere in acqua e può essere utile ai fini della dimensione cronologica di tale stazionamento.

- presenza di sabbia nelle cavità naturali e sotto le unghie: sono segni aspecifici ed attengono esclusivamente alla permanenza del cadavere in acqua.

Tra i segni interni, rilevabili solo all'esame autoptico, rivestono peculiare significato, in aggiunta a quelli generali della morte asfittica, i reperti polmonari di enfisema acuto, la diluizione del sangue, la presenza di materiale estraneo nei polmoni e negli altri organi; scarso significato ha invece la quantità di liquido annegante presente nei polmoni, nello stomaco e nell'intestino.

### Morte in acqua

Non tutte le morti che seguono all'immersione dell'organismo in acqua riconoscono una patogenesi asfittica e pertanto non rientrano strettamente nelle fattispecie dell'annegamento ma costituiscono la categoria delle morti in acqua definita anche delle "morti improvvise in acqua".

I meccanismi fisiopatologici che presiedono a tali evenienze lesive sono principalmente di tre tipi: nervoso, circolatorio e anafilattico.

- nervoso: l'improvvisa immersione del corpo in acqua fredda può produrre una consistente stimolazione delle mucose nasale e faringea; a ciò consegue una inibizione riflessa che può esitare nell'arresto cardiaco immediato.

- circolatorio: il contatto del corpo con l'acqua fredda può altresì produrre un'immediata vasocostrizione periferica cui corrisponde un brusco richiamo del sangue nel territorio dello splancnico con conseguente squilibrio cardio-circolatorio e, nei casi di apparato cardio-vascolare compromesso, morte sincopale per collasso.

- anafilattico: la brusca stimolazione esercitata dall'acqua fredda in soggetti in fase di digestione, e quindi con congestione del territorio viscerale, provoca il passaggio in circolo di proteine alimentari le quali non essendo sufficientemente degradate, si comportano come proteine eterogenee inducendo una reazione anafilattica.

### Sommersione interna

S'intende per sommersione interna la ostruzione delle vie respiratorie, e la conseguente invasione degli alveoli polmonari, da parte di un liquido di natura endogena, proveniente cioè dall'interno dell'organismo.

Generalmente è il sangue il mezzo che ricorre con maggiore frequenza in questa forma asfittica e può provenire o da ferite che interessano contemporaneamente i grossi vasi del collo e le vie respiratorie, o dal naso per lesione delle sue strutture, o dalla rottura di grossi aneurismi che inondano le vie respiratorie.

Ma anche altri liquidi possono produrre lo stesso effetto lesivo come è il caso del pus per scoppio di sacche ascessuali o dello svuotamento di caverne polmonari o del contenuto dello stomaco quando, per rigurgito risale l'esofago e si riversa in trachea.

### Intasamento

S'intende per intasamento l'asfissia meccanica violenta che

consegue all'introduzione di corpi estranei attraverso la bocca nel laringe i quali ostruiscono parzialmente o totalmente le vie respiratorie.

#### Compressione del torace

S'intende per compressione del torace quella particolare forma di asfissia meccanica violenta che si realizza allorché per ostacoli interposti al torace e talvolta anche contestualmente all'addome, vengono ad essere impediti i normali movimenti di escursione della gabbia toracica e di conseguenza la ventilazione polmonare.

#### Confinamento

Dicesi confinamento quella forma di asfissia che si realizza quando il soggetto si viene a trovare in un ambiente nel quale l'ossigeno dell'aria si è quasi totalmente esaurito.

E' evenienza per lo più accidentale come accade, per esempio quando un bambino si chiude per gioco in un frigorifero non custodito, o un adulto rimane chiuso ermeticamente in ambienti seppelliti dal crollo di un edificio, o un minatore in una miniera crollata.

### 4. Lesività da energia termica

L'esposizione del corpo umano a temperature troppo elevate o troppo basse, e comunque oltre le possibilità di adattamento dell'organismo, provoca delle lesioni la cui entità è in funzione delle temperature raggiunte.

#### Lesioni da calore

Quando vi è un contatto tra una fonte di calore e i tegumenti si possono determinare delle ustioni che se interessano una vasta superficie corporea comportano un coinvolgimento di molti apparati dando luogo alla malattia da ustione. Quando invece l'esposizione dell'organismo al calore avviene mediante irraggiamento, quindi a temperature elevate, si possono indurre delle forme patologiche generalizzate che vengono definite colpo di calore e colpo di sole.

#### Ustioni

Vengono definite ustioni tutte quelle ustioni prodotte dall'azione di corpi solidi, da agenti liquidi o da fiamma. Più specificatamente

si definiscono ustioni propriamente dette quelle prodotte da corpi solidi, scottature quelle prodotte da agenti termici liquidi e bruciature quelle prodotte dalla fiamma.

La gravità delle ustioni è in rapporto alla temperatura del mezzo urente, alla durata del contatto e alle caratteristiche del tessuto colpito. Clinicamente vengono suddivise in quattro gradi a seconda di gravità.

Il cadavere carbonizzato presenta una maggiore rigidità per la disidratazione del tessuto muscolare; assume una posizione definita a lottatore con gli arti flessi per accorciamento dei muscoli. Si osservano generalmente fratture craniche da scoppio per espansione dei gas prodottesi all'interno della scatola cranica, fratture ossee sia per retrazione dei muscoli e sia per la maggiore friabilità dell'osso, crepe della cute per retrazione della stessa da disidratazione, eviscerazione dell'addome da scoppio per espansione dei gas, raccolte di sangue nello spazio extra-durale formatesi con meccanismo di suzione determinato dalla riduzione di volume dell'encefalo e della dura.

#### Il colpo di calore

E' una sindrome dovuta all'alterazione della omeostasi termica dell'organismo che si instaura per l'esposizione ad alte temperature ambientali unitamente al concorso di una serie di fattori di cui alcuni estrinseci all'individuo, come per esempio la scarsa ventilazione, l'elevata umidità, la bassa pressione atmosferica, ecc., ed altri intrinseci come scarsa assuefazione al caldo, età senile, obesità, intensa attività sportiva, gravidanza, disturbi cardiaci, ecc. La prevalenza del concorso di questi fattori può far sì che la sintomatologia del colpo di calore possa insorgere anche per esposizione a temperature non eccessivamente elevate.

#### Lesioni da freddo

##### Assideramento

L'esposizione all'azione del freddo oltre le capacità di termoregolazione dell'organismo può indurre una ipotermia che se si protrae oltre i 25°C è responsabile dell'arresto delle funzioni organiche e quindi della morte del soggetto.

Come per il calore anche per il freddo oltre alla bassa temperatura spesso entrano in gioco vari fattori di cui alcuni estrinseci all'individuo come l'elevata umidità, il vento, ed altri intrinseci come gli squilibri endocrini, le malattie cardiovascolari, l'età senile o infantile, la fatica, l'abuso di alcool, ecc.

### ***Congelamento***

Si parla di congelamento quando c'è una esposizione al freddo di determinate zone del corpo, generalmente quelle scoperte (mani, orecchie, naso), favorita dalla costrizione di vesti e dall'umidità.

L'effetto locale del freddo determina un spasmo arteriolare con vasocostrizione locale a cui segue, per l'ipossia, una vasodilatazione paralitica veno-capillare con liberazione di istamina e sostanze istamino simili che determinano un edema interstiziale. Successivamente vi può essere necrosi del tessuto per gangrena secca, nei casi di ostruzione vasale completa, o gangrena umida se l'ostruzione vasale non è completa.

## **5. Lesività da energia elettrica**

La patologia da energia elettrica comprende due distinte tipologie lesive: da una parte quelle prodotte dall'elettricità naturale, o atmosferica, e dall'altra quelle conseguenti l'azione delle correnti elettriche di tipo industriale.

### ***Lesività da energia elettrica naturale***

Quando si parla di elettricità naturale, o atmosferica, s'intende far riferimento quasi esclusivamente all'energia elettrica sprigionata dal fulmine, inteso quest'ultimo come fenomeno appariscente della scarica elettrica secondaria ad una situazione caratterizzata da una grande differenza di potenziale tra l'atmosfera, caricata positivamente, e la terra, caricata negativamente, tale da superare la resistenza dell'aria.

La lesività sull'organismo in questo caso è determinata principalmente da fenomeni elettrotermici e da effetti meccanici, per cui si possono determinare da una parte delle ustioni che possono variare di gravità fino all'incenerimento, e dall'altra delle ecchimosi, ferite lacero-contuse, fratture, lesioni da scoppio, ecc. Sulla cute è tipico il rilievo di alcune figure arboree chiamate figure di Lichtemberg che sono delle strie eritematose determinate da fenomeni vasoparetici.

La causa della morte può essere ricondotta o a fenomeni diretti della corrente elettrica: ustioni o paralisi dei centri nervosi cardio-respiratori, oppure a fenomeni indiretti dovuti all'azione meccanica del fulmine.

### Lesività da energia elettrica industriale

Per quanto attiene gli effetti lesivi della corrente elettrica industriale, come quella di comune utilizzo anche negli ambienti domestici, questi dipendono sia dalle caratteristiche della corrente usata sia dalle caratteristiche dell'individuo.

Gli effetti lesivi della corrente elettrica sull'organismo sono determinati essenzialmente da fenomeni elettrotermici e dalla polarizzazione elettrolitica provocando sull'organismo una lesività abbastanza tipica: l'ustione e il marchio elettrico (in genere una piccola zona di cute dove vi è stato il contatto con il conduttore elettrico ed è rappresentata da una lesione con perdita, o meno, di sostanza).

### **6. Lesività da energia barica**

Quando l'organismo è esposto a brusche variazioni di pressione o vengono oltrepassati i limiti di adattabilità (fino a 2-3Atm oltre quella atmosferica e di 2/3Atm inferiore a quella atmosferica) possono insorgere quadri patologici molto gravi, talvolta ad esito letale.

L'adattabilità dell'organismo a variazioni atmosferiche è poi influenzata negativamente da fattori intrinseci ed estrinseci all'individuo come per esempio stati di affaticamento o disturbi cardiaci e respiratori nonché la bassa temperatura.

Caratteristica della lesività da iperbarismo è la cosiddetta malattia dei cassoni.

Mentre, invece, l'esposizione a pressioni inferiori a quella atmosferica da luogo ad alcune sindromi tra le quali vanno ricordate il mal di montagna e il male degli aviatori, determinate principalmente dalla diminuzione della pressione parziale dell'ossigeno e dalla conseguente ipossiemia e ipercapnia.

### **7. Lesività da energia radiante**

Le radiazioni sono un fenomeno di propagazione dell'energia che avviene o per mezzo di onde, radiazioni elettromagnetiche, o per mezzo di particelle, radiazioni corpuscolate. Le radiazioni vengono inoltre distinte in ionizzanti e non ionizzanti a seconda se possiedono o meno energia tale da determinare nei tessuti colpiti una ionizzazione degli atomi.

Tra le radiazioni non ionizzanti, che sono delle radiazioni elettromagnetiche molto diffuse nell'ambiente, quelle che rivestono maggiore interesse medico-legale per la loro azione sull'uomo sono le radioonde, le microonde, i raggi infrarossi, i raggi luminosi e i raggi ultravioletti.

Le radiazioni luminose (raggi infrarossi, luminosi ed ultravioletti) determinano lesività sia a carico dell'occhio che della cute.

In particolare le radiazioni infrarosse, emesse dalla luce solare e da corpi incandescenti, hanno un effetto quasi esclusivamente calorico provocando aumento del metabolismo cellulare e vasodilatazione cutanee con comparsa di eritema cutaneo; un'esposizione protratta può essere responsabile anche di ustioni fino al terzo grado e anche della comparsa di una sintomatologia a carattere generale con ipertermia e cefalea.

L'esposizione, inoltre, a corpi incandescenti come avviene per i vetrai o per i saldatori, può produrre delle alterazioni a carico dell'occhio come congiuntiviti, cheratiti e cataratta.

I raggi ultravioletti emessi dalla luce solare, da lampade ad arco, dalla fiamma ossidrica, ecc. hanno effetti lesivi in genere più modesti data la loro scarsa capacità di penetrazione.

Le radiazioni ionizzanti, elettromagnetiche e corpuscolari sono responsabili, data la loro maggiore energia, della produzione sull'organismo di notevoli effetti lesivi a carico di molti tessuti; effetti lesivi che si manifestano in genere ad una certa distanza di tempo dall'irradiazione e che a loro volta dipendono da molti fattori tra i quali la qualità dei raggi, la dose, la durata di esposizione, la sensibilità del tessuto colpito, le caratteristiche individuali, ecc.

Tale tipo di lesività riveste un notevole interesse medico-legale sia in ambito assicurativo sia in tema di responsabilità professionale, dato che le lesioni riguardano prevalentemente pazienti sottoposti a radioterapia o isotopoterapia, radiologi, fisici, alcuni operai di industrie specializzate, ecc..

PARTE SECONDA

## CAPITOLO I

## La Deontologia Professionale

## 1. Generalità

“Deontologia” secondo la traduzione letterale dal greco, significa “discorso sui doveri”.

I doveri del medico sono prima di tutto in rapporto al paziente, con il quale egli contrae all'atto della prestazione sanitaria un rapporto di tipo contrattuale, per iscritto o il più delle volte tacitamente; ma anche in rapporto ai colleghi ed alle istituzioni.

Si tratta di doveri, che facendo parte della sfera morale dell'individuo, non dovrebbero aver bisogno di essere formulati come norme scritte, ma devono essere avvertiti dal medico come profonde e personali convinzioni etiche.

Non vi è dubbio che la professione medica, quando non sia fondata su ben radicati principi di moralità e solidarietà verso le persone sofferenti, determina un decadimento di quel prestigio e dignità di cui il medico ha sempre goduto sin dagli antichi tempi di Ippocrate.

L'etica è nota come filosofia morale e studia i giudizi di approvazione o di disapprovazione, del giusto o dell'ingiusto, la bontà, la virtù, il vizio, la saggezza delle azioni; come scienza, consiste nella ricerca speculativa della soluzione “buona” di un dato problema e nella pratica medica si esplica con l'adozione di precise norme comportamentali prescritte dall'ordine professionale.

Anche se i doveri deontologici corrispondono in genere a quelli cosiddetti giuridici, c'è una differenza fondamentale tra norme giuridiche e norme etiche: le prime sono precetti imperativi cui corrisponde, in caso di inosservanza, una sanzione; le seconde sono indirizzi di comportamento cui il medico deve uniformare la sua condotta ed in caso detta condotta si discostasse da questi e provocasse quindi pregiudizio per la dignità ed il decoro della professione, scattano misure disciplinare commisurate all'entità del pregiudizio.

## 2. Il Codice Deontologico

Il codice di deontologia medica, o codice dei doveri, promulgato dal FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri) il 3 ottobre 1998, è composto da 79 articoli raggruppati per Titoli, in tutto sei, a loro volta suddivisi in Capi (vd. Appendice).

Attraverso il codice deontologico gli ordini professionali, che sono organi di autogoverno e di tutela professionale, prospettano una serie di norme comportamentali ai propri iscritti, che a tali norme devono adeguare la loro condotta.

L'art. 1 del vigente codice deontologico definisce chiaramente l'oggetto ed i campi di applicazione del codice.

Recita il primo capoverso:

*"Il codice di deontologia medica contiene principi e regole che il medico chirurgo e l'odontoiatra iscritti agli albi professionali dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri, di seguito indicati con il termine di medico, devono osservare nell'esercizio della professione".*

Si tratta quindi non di fattispecie, nel senso tecnico giuridico, la cui integrazione nel comportamento fattuale fa scattare una specifica sanzione, ma di principi e regole deontologiche che appartengono all'etica, cioè all'esigenza personale dell'essere umano, e come tali devono naturalmente connotare il comportamento del medico. Anche quando la norma deontologica prevede un obbligo di fare o quando vieta un comportamento alla stessa stregua della norma giuridica, si tratta sempre di indicazioni ed indirizzi morali che fanno costante riferimento ad una etica comportamentale che prescinde dalla singola previsione e che invece assume una dimensione generale ed universale.

Questo è ribadito dal secondo capoverso dell'art. 1 del codice laddove con un formula assolutamente ampia si dice che il comportamento del medico, anche al di fuori dell'esercizio della professione deve essere consono al decoro ed alla dignità della stessa.

Come dire che il comportamento del medico non è ad esclusiva impronta professionale e finalizzato ad essa ma, discendendo dall'etica, deve caratterizzare ogni aspetto della sua vita.

Nella definizione dell'ambito della deontologia medica contenuta nel citato articolo 1 del codice riecheggia quel concetto fondamentale cui abbiamo prima accennato, che cioè il comportamento del medico non è solo un habitus formale, ma è esso

stesso parte integrante ed essenziale dell'attività medica finalizzata alla produzione del bene salute. Per questo motivo, nei diversi Titoli del codice sono prospettati al medico dei comportamenti obbligatori non solo verso il paziente, ma anche verso i colleghi, verso le autorità sanitarie, verso gli enti pubblici e privati.

Come abbiamo visto, il titolo primo definisce l'oggetto ed il campo di applicazione del codice e si compone di due soli articoli; il titolo secondo, sui doveri generali del medico, è composto da quattordici articoli raggruppati in quattro capi; il titolo terzo, sui rapporti con il cittadino, consta di quaranta articoli per undici capi e costituisce il corpo centrale del codice; il titolo quarto tratta, in dieci articoli divisi in cinque capi, dei rapporti con i colleghi; il titolo quinto, sui rapporti con i terzi, consta di due articoli ed un solo capo; infine il titolo sesto, in tre capi per undici articoli, regola i rapporti del medico con il servizio sanitario nazionale e con gli enti.

Gli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri sono tenuti ad inviare ai singoli iscritti all'albo il codice di deontologia medica ed a tenere periodicamente corsi di aggiornamento e di approfondimento sul rapporto tra etica e professione.

Il medico e l'odontoiatra devono inoltre prestare il giuramento professionale, ispirato a quello formulato da Ippocrate agli albori della medicina: esso è normalmente inserito come incipit del codice stesso, di cui rappresenta la principale fonte normativa.

Il pensiero filosofico di Ippocrate e di alcuni suoi contemporanei ha permesso di traghettare la medicina da una concezione squisitamente deistica ad una più concretamente scientifica e, sottraendo l'esercizio delle materie mediche al monopolio dei sacerdoti, ha esaltato il valore di un buon rapporto medico-paziente come presupposto basilare per la riuscita dell'atto medico: è questo, in sostanza, l'argomento centrale anche del codice deontologico.

### **3. Le sanzioni disciplinari**

Secondo l'art.1, il medico è tenuto alla conoscenza delle norme del Codice, la cui ignoranza non lo esime dalla responsabilità disciplinare.

L'art. 2 del codice deontologico tratta della potestà disciplinare e delle sanzioni, stabilendo che:

*"L'inosservanza dei precetti, degli obblighi e dei divieti fissati dal presente Codice di Deontologia Medica e ogni azione od omissione, comunque disdicevoli al decoro o al corretto esercizio della professione, sono punibili con le sanzioni disciplinari previste dalla legge.*

*Le sanzioni devono essere adeguate alla gravità degli atti."*

Occorre ora chiedersi quale sia la natura delle sanzioni disciplinari correlate a violazioni delle norme deontologiche. Dalla lettura degli articoli del codice deontologico risulta evidente come ad ogni violazione di norme comportamentali non corrisponda una specifica sanzione. Non vige qui il principio fondamentale della tassatività dell'azione penale per cui "nullum crimen, nulla poena sine lege", ma, come dice il secondo comma dell'art. 2 del codice deontologico, le sanzioni devono essere adeguate alla gravità degli atti. Come dire, non si deve avere riguardo alla violazione in quanto tale, ma piuttosto all'incidenza di questa sul decoro e sulla dignità della professione: ne discende che per una stessa violazione comportamentale si possono avere reazioni sanzionatorie disciplinari diverse in funzione di una serie di variabili che possono far riferimento alla personalità del medico, alla natura delle circostanze sociali, alle finalità ed alle motivazioni della violazione, all'eventuale finalità di lucro.

Le sanzioni disciplinari deontologiche sono di quattro tipi, in ordine crescente di gravità:

- l'avvertimento,
- la censura,
- la sospensione,
- la radiazione dall'Albo.

L'avvertimento è la sanzione minima e consiste in un richiamo scritto che diffida il medico ad incorrere nuovamente nella stessa mancanza commessa.

Non comporta alcuna conseguenza se non si ripete il comportamento vietato.

Il passo successivo è la censura, una sanzione che viene notificata al medico ed è comminata attraverso una dichiarazione formale di biasimo per un comportamento riprovevole di rilevante gravità. Il richiamo rimane conservato nella scheda professionale del medico.

La sospensione dall'esercizio della professione è un provvedimento grave e viene adottato dal Consiglio dell'Ordine quando il comportamento del medico assume connotati di assoluta

gravità essendo risultato lesivo del decoro e della dignità della professione. La sospensione può avere una durata da uno a sei mesi.

La radiazione dall'Albo rappresenta la sanzione più grave; è un provvedimento adottato nei casi di grave compromissione della dignità e della reputazione della classe sanitaria ed ha una durata indeterminata, anche se in realtà resta in caso di profondo pentimento una possibilità di "redenzione" del medico che sarà però costretto a ripetere l'esame di abilitazione professionale e le successive fasi della sua carriera.

La radiazione dall'Albo può essere anche automatica e consegue a condanne penali per reati in tema di stupefacenti, di aborto criminoso, di altri reati con pena minima prevista di due anni o massima di cinque. E' prevista altresì la radiazione automatica nei casi di interdizione perpetua o temporanea dai pubblici uffici, nei casi di ricovero in manicomio giudiziario o nei casi di applicazione delle misure di sicurezza previste dall'art. 215 c.p..

Nel caso di provvedimenti di sospensione o di radiazione dall'Albo, previsti dall'art. 43 DPR n. 221/50, divenuti esecutivi, il Consiglio dell'Ordine che li ha adottati provvederà a notificarli a tutti gli Ordini provinciali dei medici e degli odontoiatri.

Un ulteriore istituto in tema di sanzioni disciplinari attiene alla sospensione cautelare. Questa può essere comminata, sempre dal Consiglio dell'Ordine di appartenenza, al medico che per motivi non inerenti la sua professione abbia un procedimento penale pendente e che sia destinatario di provvedimenti restrittivi, che possano far dubitare della sua integrità morale.

Quando inizia un processo penale ai danni di un medico è lo stesso Procuratore della Repubblica che ne dà notizia all'ordine. La durata del provvedimento di sospensione cautelare è naturalmente commisurata alla durata del provvedimento giudiziario al quale è connessa.

#### **4. Il procedimento disciplinare**

Prima di arrivare alle sanzioni, c'è un procedimento disciplinare, regolato dall'art. 38 e seguenti del DPR n.221 del 1950, che rispecchia quello classico giuridico (istruttoria, raccolta delle prove, ...). In esso deve essere garantita la regolarità procedurale nel rispetto delle apposite norme, deve essere rispettata la competenza, deve essere accertata la veridicità dei fatti contestati e deve essere garantito il diritto alla difesa.

L'azione disciplinare può essere promossa, entro cinque anni dall'atto discutibile, in via principale, su iniziativa del Consiglio dell'Ordine, cui il sanitario interessato è iscritto, a seguito di notizie comunque acquisite in ordine a comportamenti deontologicamente illeciti messi in atto dal medico. In questo caso, quando è lo stesso Ordine, nell'esercizio delle sue funzioni di tutela del prestigio della categoria, che si attiva per iniziare l'azione disciplinare si dice che quest'ultima è promossa d'ufficio.

L'azione disciplinare può essere altresì promossa su iniziativa del Procuratore della Repubblica competente per il territorio. Ma in questo caso è necessario, quale condizione indispensabile di procedibilità, che il Presidente dell'Ordine di appartenenza del medico esaurisca la fase preliminare degli accertamenti sommari delle circostanze e dell'assunzione delle opportune informazioni sui fatti di rilievo deontologico negativo; il tutto dopo aver ascoltato il medico interessato che deve essere pertanto convocato presso il Consiglio dell'Ordine.

Sia che il procedimento venga promosso d'ufficio, ovvero per impulso del Procuratore della Repubblica, la fase istruttoria che lo caratterizza inizia con l'atto del Presidente dell'Ordine che, dopo aver fissato la data della seduta per il giudizio, procede alla nomina del relatore, scelto tra i membri del Consiglio. Al medico interessato devono essere notificati, al pari del giudizio penale, oltre agli estremi dell'ora e della data nonché del luogo della seduta del dibattito, il capo di imputazione, cioè il contenuto dell'addebito mossogli, e l'avvertenza che in caso di eventuale mancata comparizione il procedimento avrà comunque seguito.

Al fine di garantire al medico "indagato" il diritto alla difesa, il Presidente, a norma dell'art.39 del DPR n. 221/50, assegna al medico un termine di venti giorni, prorogabile su richiesta dell'interessato, entro il quale può essere possibile prendere visione degli atti dai quali è scaturito il deferimento al giudizio disciplinare, i quali rimangono depositati presso la segreteria dell'Ordine; entro lo stesso termine il medico interessato può produrre contro-deduzioni scritte e può chiedere di essere ascoltato personalmente sui fatti per cui è in corso il procedimento disciplinare.

Come per il processo dell'ordinamento giuridico vigono anche per il processo disciplinare i motivi di ricusazione e di astensione che ricalcano in gran parte quelli del processo ordinario. Il giudice disciplinare può chiedere di astenersi in ogni caso in cui ricorrano importanti ragioni di opportunità e convenienza. Peraltro il giudice

disciplinare può essere ricusato quando ricorrano motivi di astensione obbligatoria che non siano stati fatti valere.

Per quanto attiene alla trattazione del giudizio si procede dapprima, nel giorno, ora e sede fissati, con l'esposizione che fa il relatore al Consiglio, dei fatti contestati e dei risultati dell'istruttoria. Quindi viene ascoltato il medico interessato senza l'assistenza di avvocati o consulenti (questi ultimi ammessi solo nel caso in cui il Consiglio ne ravvisi l'assoluta necessità); vengono raccolte ed assunte le prove prodotte dalle parti ritenute utili e rilevanti per il giudizio; infine si arriva alla decisione finale in Camera di Consiglio.

Se il Consiglio ritiene sufficientemente approfondita l'istruttoria può assolvere il medico interessato ovvero condannarlo ad una sanzione disciplinare, a seconda che le prove univocamente depongano, o meno, per la sussistenza degli illeciti contestati e per la loro rilevanza deontologica. Se, invece, il Consiglio non reputasse completa l'istruttoria, ovvero riscontrasse in essa carenze o contraddizioni, potrebbe ordinare un supplemento di indagine, stabilendo una nuova data per la discussione.

Al termine del procedimento, la decisione è resa pubblica mediante deposito del documento originale in segreteria e notifica all'interessato.

Dopo il giudizio di condanna emesso dal Consiglio dell'Ordine il medico può proporre ricorso alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie costituita presso il Ministero della Sanità e nominata con decreto del Capo dello Stato. Essa è presieduta da un Consigliere di Stato e composta da un membro del Consiglio Superiore della Sanità e da un funzionario dell'Amministrazione civile dell'Interno nonché da un ispettore generale medico e da otto medici chirurghi.

Può presentare ricorso alla Commissione centrale il medico che abbia subito una decisione di condanna e connessa applicazione della sanzione. Il ricorso può essere altresì proposto dal Procuratore della Repubblica competente per territorio il quale, nell'interesse pubblico, può impugnare sia le decisioni di condanna che quelle di assoluzione. Il ricorso proposto dall'interessato avverso la decisione di condanna, debitamente notificato all'autorità che ha emanato il provvedimento, ha effetto sospensivo della sanzione a meno che non si tratti dei provvedimenti di sospensione o di radiazione di diritto.

Contro la decisione della Commissione Centrale è ammesso il ricorso per Cassazione che deve essere presentato entro sessanta

giorni dalla notifica del provvedimento, dal medico che si è visto respingere il ricorso o dal Consiglio dell'Ordine che ha emesso il primo provvedimento disciplinare o dal Procuratore della Repubblica o dal Ministero della Sanità. A questo punto del procedimento l'organo competente per la decisione è la Suprema Corte di Cassazione a sezioni riunite.

#### 4.1. Procedimento penale e procedimento disciplinare

Qualora uno stesso comportamento del medico integri una violazione della norma deontologica ed ad un tempo della norma penale si pone il problema di regolamentare eventuali conflittualità procedurali in quanto devono essere instaurati due distinti procedimenti: uno disciplinare deontologico ed uno penale.

L'attuale codice di procedura penale, non riproducendo la normativa del precedente codice ha, di fatto, introdotto il principio della separazione dei giudizi, abbandonando il principio di pregiudizialità obbligatoria almeno per quanto riguarda il procedimento per responsabilità deontologica. Infatti, secondo una lettura dell'attuale normativa che ha dato la Commissione Centrale per gli esercenti le professioni sanitarie non è più necessario attendere l'esito del processo penale per continuare quello disciplinare sospeso al sorgere del primo, ma i due procedimenti possono avere iter parallelo e finire con esito anche difforme.

C'è da osservare tuttavia che vigendo ancora la normativa di cui al D.P.R. 10 gennaio 1957 n. 3, che oggi regola, unitamente alla contrattazione collettiva secondo quanto previsto dall'art. 59 del decreto legislativo n. 29/93, la materia disciplinare, la pregiudizialità del giudizio penale rispetto a quello disciplinare, è tuttora operante.

Secondo la disposizione contenuta nell'art. 653 del c.p.p., la sentenza di assoluzione pronunciata a seguito di dibattimento ha efficacia di giudicato nel giudizio per responsabilità disciplinare davanti alle pubbliche autorità quanto all'accertamento che il fatto non sussiste o che il medico non ha commesso il fatto. Se invece la sentenza penale è assolutoria con la motivazione che il fatto non costituisce reato, ciò lascia al giudice disciplinare un più ampio margine di discrezionalità in quanto un fatto che non costituisce reato può rappresentare, per le motivazioni che abbiamo sopra esposte, una violazione di norma comportamentale deontologica. Lo stesso, qualora nel giudizio penale venga dichiarato il non luogo a procedere per ragioni procedurali, il procedimento disciplinare

deontologico può liberamente, ed in piena autonomia, valutare i fatti e giungere ad un giudizio autonomo.

## CAPITOLO II

### La facoltà di curare e l'atto medico

#### 1. Generalità

Per **facoltà di curare** deve intendersi la capacità che ha il soggetto, in possesso dei requisiti richiesti dalla legge, di poter esplicare l'attività diagnostica e terapeutica sulla persona umana.

Così definita, la facoltà di curare è niente altro che una categoria astratta, una qualità acquisita dal soggetto in quanto divenuto medico abilitato, un requisito certamente essenziale ed irrinunciabile per poter esercitare la professione medica.

Solo quando, al sorgere di un rapporto contrattuale o extracontrattuale di cura, si realizzano i due elementi che, come appresso si vedrà, legittimano l'attività sanitaria, e cioè il consenso dell'avente diritto e lo stato di necessità, la facoltà di curare diventa concreta e si estrinseca nell'invasione legittimata della sfera fisica e psichica della persona, cioè nell'**atto medico** vero e proprio.

In tal senso appare più appropriato parlare di facoltà di curare e non, come di frequente avviene, di potestà di curare, poiché quest'ultimo termine, qualora fosse inteso nell'accezione, lessicalmente discendente, di potere, di potestà, di signoria, si porrebbe in aperto e sostanziale contrasto non solo con la definizione di facoltà di curare di cui sopra, ma soprattutto con i principi fondamentali dei diritti soggettivi alla salute, alla libertà personale, all'autodeterminazione, diritti fondamentali, costituzionalmente garantiti e disciplinati.

Il medico, infatti, non ha alcun diritto di curare; ha, semmai, il dovere di assistere e curare nei limiti del consenso dell'assistito, che è il solo a poter disporre del bene-corpo.

La facoltà di curare in odontoiatria, come in tutte le altre branche delle discipline mediche, riconosce dei presupposti e dei requisiti attuativi.

## 2. I presupposti della facoltà di curare

Affinché un soggetto possa acquisire la facoltà di curare è necessario, così come disposto dall'art. 100 del T.U. delle Leggi Sanitarie, che sia in possesso del diploma di laurea, dell'abilitazione all'esercizio professionale, e dell'iscrizione all'albo professionale.

La laurea. Alla tradizionale laurea in Medicina e Chirurgia si è aggiunta, dal 1985, la laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria che rappresenta il secondo corso di laurea della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

L'abilitazione. Si consegue dopo il superamento del relativo esame, comunemente detto Esame di Stato, ed abilita, a seconda del corso di laurea frequentato, all'esercizio della professione di medico chirurgo ed a quella di odontoiatra.

Quest'ultima abilitazione risente delle restrizioni diagnostiche e terapeutiche previste dalla legge istitutiva del Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria che indica nella cura della bocca e dei denti il campo esclusivo di attività riservato al medico odontoiatra.

L'iscrizione all'albo professionale. Rappresenta una condizione necessaria per poter esercitare la professione medica sul territorio.

Presso ogni Ordine Professionale Provinciale è istituito un apposito Albo, attualmente diviso in due sezioni, una per i Medici Chirurghi ed una per gli Odontoiatri, nel quale devono essere iscritti tutti coloro che intendono esercitare pubblicamente la professione sanitaria.

La finalità di detto obbligo di legge è quella di consentire all'organo di autogoverno dei medici di poter esercitare una costante vigilanza sulla dignità e sul decoro dell'esercizio professionale da parte di ogni singolo iscritto, sulla correttezza dei rapporti dei medici con gli utenti, sino ad ora riconosciuti sempre come pazienti, sulla correttezza dei rapporti dei medici con i colleghi, con gli Enti Pubblici e con la Pubblica Amministrazione.

Il T.U. delle Leggi Sanitarie prevede anche, tra le condizioni per l'esercizio della medicina, il requisito della maggiore età ed un quarto atto di carattere amministrativo che consiste nella registrazione del diploma di abilitazione e nella deposizione della firma presso la ASL competente per il territorio dove viene esercitata la professione.

Non ci soffermeremo su questi due ultimi requisiti sia perché il primo appare pleonastico; non potendosi ipotizzare un laureato nella

Facoltà di Medicina, almeno per l'ordinamento italiano, che sia inferiore ai diciotto anni di età; sia ancora perché l'obbligo del deposito del diploma e della firma risulta essere più un'incombenza amministrativa, variamente, ancorché validamente motivata, che non un sostanziale requisito della facoltà di curare.

### 3. I requisiti attuativi della facoltà di curare

Allorché si instaura un rapporto, sia esso contrattuale ovvero extracontrattuale, avente ad oggetto una prestazione sanitaria con finalità terapeutiche, ricorrono necessariamente due elementi di legittimazione, il consenso dell'avente diritto e lo stato di necessità, che consentono la pratica attuazione della facoltà di curare che così diventa concretamente operativa e si estrinseca nella attività diagnostica e terapeutica e cioè nell'atto medico.

#### 3.1. Il consenso dell'avente diritto.

(si veda il cap. III Parte II)

#### 3.2. Lo stato di necessità

E' previsto dall'art. 54 c.p., il cui primo capoverso recita:

*"Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo"*.

Il medico quando, nell'esercizio della professione, si viene a trovare di fronte ad una situazione di pericolo per il paziente affidato alla sua assistenza sanitaria, può, e deve, intraprendere qualsiasi attività diagnostica e terapeutica che ritiene utile, necessaria ed indispensabile per salvargli la vita o evitargli gravi danni alla validità psichica e/o fisica; e ciò senza dovere richiedere il regolare consenso all'atto medico.

Se il medico non agisse in tal senso, incorrerebbe sicuramente in un comportamento antigiuridico penalmente rilevante che integrerebbe quei reati che di volta in volta si potrebbero prospettare e che vanno dalla omissione di soccorso (art. 593 c.p.), al delitto di lesione personale colposa (art. 590 c.p.), sino all'omicidio colposo (art. 589 c.p.).

Tuttavia, poiché la linea di demarcazione tra lo stato di pericolo che è legittima, al di fuori del consenso, l'atto medico ed il normale stato patologico per nulla legittimante, è assai sottile e talvolta non ben demarcabile, è necessario intendersi sul corretto concetto di stato di pericolo.

Per essere tale, ai sensi del citato art. 54 c.p., lo stato di pericolo deve essere prima di tutto grave, deve, cioè, prospettare concretamente un danno alla persona che deve essere rilevante e non emendabile; un danno, conseguenza del processo patologico in atto, che consista o nella morte del paziente o in una rilevante menomazione della sua integrità fisica e psichica. Il pericolo poi deve essere attuale; significa che devono esistere tutte le condizioni del divenire patologico affinché l'esito gravemente dannoso si realizzi nell'immediato senza che ci sia il tempo necessario per intraprendere le normali procedure consensuali. In altri termini, significa che si verte in una situazione morbosa rapidamente evolutiva per cui se l'intervento del medico non fosse immediato l'evento dannoso si realizzerebbe nel giro di pochi minuti.

E' dunque della massima importanza che il medico comprenda esattamente i confini cronologici estremamente ristretti e severi dello stato di pericolo poiché se l'intervallo di tempo che può intercorrere tra il momento in cui si affronta una situazione patologica che affligge il paziente, che necessita di un intervento terapeutico ritenuto urgente, ed il danno ad essa conseguente è, anche di poco, dilatato, si rientra nelle situazioni per le quali il consenso diventa assolutamente indispensabile.

Occorre fare una precisazione per quanto attiene ai rapporti che intercorrono tra consenso dell'avente diritto (art. 50 c.p.) e stato di necessità (art. 54 c.p.) come requisiti fondamentali ed irrinunciabili di legittimazione dell'atto medico.

Una chiara, lineare e consequenziale lettura dei combinati disposti delle norme costituzionali in tema di diritti inviolabili dell'uomo, di libertà individuale, di diritto alla salute e delle norme che prestano tutela penalistica alla persona, consente di ritenere che il consenso dell'avente diritto e lo stato di necessità non possono essere considerati alternative l'uno all'altro, nel senso che il medico può scegliere di caso in caso se avvalersi della prima o della seconda discriminante per legittimare l'atto medico. Deve, invece, più correttamente intendersi che lo stato di necessità è, come dire, "sucedaneo" al consenso, nel senso che il medico può invocare lo stato di necessità non solo quando esistono tutti i requisiti richiesti dalla legge perché esso sia realmente tale, ma quando non può

essere espresso un valido consenso all'atto medico da parte del paziente.

Infine lo stato di necessità per essere tale deve prospettare la ricorrenza di un pericolo alla persona non solo grave ed imminente, come sopra detto, ma anche non altrimenti evitabile e che non sia causato dallo stesso medico. In altri termini, se di fronte ad uno stato di pericolo è possibile mettere in atto dei rimedi che quanto meno allontanino la produzione del danno grave e che, quindi, diano il tempo per attuare le sopraddette procedure consensuali, allora lo stato di necessità non può essere invocato a sua giustificazione dal medico che dovesse intraprendere una attività diagnostica e/o terapeutica senza il necessario consenso dell'interessato.

#### 4. L'atto medico

L'atto medico è l'applicazione pratica e dinamica della facoltà di curare. Rappresenta l'esercizio effettivo della professione medica ed odontoiatrica, reso legittimo dai due fondamentali requisiti del contratto di cura: la facoltà di curare del medico ed il consenso del paziente, al di fuori del quale qualsiasi attività sanitaria è considerata illegittima.

L'atto medico può essere definito come l'insieme di attività che riconosce quale fine principale quello di mantenere e migliorare lo stato di salute del soggetto garantendone così la piena validità psico-fisica.

Si estrinseca attraverso un'attività di prevenzione delle malattie, di diagnosi degli stati morbosi e di terapia nell'accezione più ampia del termine.

L'essenza della terapia che è poi il requisito perché essa sia riconosciuta come tale, sta nella sua definizione che può essere così formulata: "coacervo di attività mediche che traggono legittimazione in quanto riconoscono quale finalità preminente quella di indurre una modificazione migliorativa dello stato anteriore, la quale può spaziare dalla semplice remissione di un sintomo alla completa guarigione del soggetto con totale o parziale restitutio ad integrum".

La finalità principale dell'attività del medico è quella della tutela generale della salute dei singoli e della collettività dall'inizio della vita autonoma, e quindi dall'età neonatale, sino all'inizio dell'età adulta; come tale, si estrinseca attraverso una serie di attività di ordine diagnostico, terapeutico, preventivo,

epidemiologico, di educazione sanitaria, tutte finalizzate a prevenire gli stati morbosi, a curarli, a garantire al paziente la migliore efficienza psico-fisica nell'immediato, ma anche come base solida per la legittima aspettativa di un pieno e duraturo stato di salute; stato di salute che non deve pertanto intendersi nel senso riduttivo di assenza di malattia o di una più generale infermità, ma principalmente come presupposto per un completo benessere psichico, fisico e, quindi, sociale.

I principi fondamentali a cui il medico deve costantemente ispirare l'esercizio della professione sono stabiliti da norme giuridiche e deontologiche. Con il giuramento, anteposto al codice deontologico, il medico si impegna a *"...perseguire come scopi esclusivi la difesa della vita, la tutela della salute psichica e fisica dell'uomo ed il sollievo dalla sofferenza"*.

Dal rispetto del malato, in relazione al diritto di ogni essere umano alla vita, alla libertà, alla validità, all'integrità psico-fisica derivano: la necessità di un'adeguata informazione preliminare, il divieto di ricorrere a terapie non supportate da un adeguato fondamento scientifico o ancora non sperimentate ed il divieto all'accanimento diagnostico-terapeutico.

## 5. Il contratto di cura

Il rapporto di cura che si stabilisce fra medico e paziente può essere di tre tipi:

- contrattuale: direttamente tra il libero professionista ed il paziente;
- extra-contrattuale: tra la struttura sanitaria ed il paziente. In questo caso il medico rappresenta l'elemento intermedio ed assume egli stesso un rapporto contrattuale con la struttura pubblica.
- atipico: se non rientra nelle due precedenti categorie, come nel caso del soccorso prestato in caso di emergenza.

Ci preme trattare il rapporto di tipo contrattuale, che rappresenta l'evenienza più frequente.

Il contratto di cura consiste nell'espressione di volontà di due soggetti: uno che ha la facoltà di curare e l'altro che ha la disponibilità del bene-corpo.

L'accordo, esplicito o implicito, tra il medico ed il paziente (utente) si conclude, divenendo contratto, quando il medico su richiesta valida del paziente accetta di esercitare la sua attività

professionale a fronte dello stato patologico che affligge quest'ultimo.

L'attività professionale nell'ambito del rapporto contrattuale così costituito consta di una fase diagnostica e di una fase, successiva alla prima e condizionata da essa, terapeutica.

Tuttavia, anche se l'attività diagnostico-terapeutica si svolge nell'ambito garantito di un rapporto contrattuale non può essere validamente attuata se non c'è il consenso valido del paziente; atto, quest'ultimo che rappresenta un elemento essenziale per la validità del contratto di cura il quale è solo formalmente completo con l'accordo delle parti, ma non può essere validamente operativo se non dopo che il paziente avrà dato il proprio assenso sia all'attività diagnostica, specie quando questa comporti indagini invasive e potenzialmente pericolose, sia all'attività terapeutica che, solo se pienamente conosciuta in tutte le sue implicazioni, può essere, appunto, accettata attraverso l'espressione di un consenso valido.

Ovviamente l'oggetto del contratto, cioè l'attività medica, è condizionato e riconosce il proprio limite, nella disponibilità che ha il paziente del proprio corpo; disponibilità i cui limiti sono delineati dall'art. 5 c.c., per la cui più approfondita trattazione si rimanda al cap. III sul Consenso all'atto medico.

Il contratto di cura, una volta regolarmente costituito, è fonte di doveri e diritti per ognuno dei contraenti. In particolare, nell'ambito di questo contratto, il malato ha molti diritti e pochi doveri: ha il diritto di essere curato nel migliore dei modi possibili, di poter usufruire dei più avanzati presidi diagnostici appropriati alla patologia accertata o sospettata, e dei più adeguati, nonché tempestivi, presidi terapeutici farmacologici, fisioterapici, e chirurgici.

A fronte di questi diritti il paziente ha il dovere di seguire le direttive diagnostiche e terapeutiche del medico, di rispettarlo, di onorare anche, ove richiesto, l'aspetto remunerativo della prestazione sanitaria.

Il medico, da parte sua, si impegna ad agire professionalmente nel migliore dei modi, a porre la massima attenzione alle condizioni del paziente, ad essere costantemente aggiornato nei progressi scientifici dell'arte medica così da poter fornire al paziente il frutto della migliore scienza per il caso di cui trattasi.

Per converso, il medico ha il diritto di essere rispettato dal paziente, di scegliere la strategia diagnostica e terapeutica che ritiene più adeguata al caso in esame, strategia che può spaziare entro gli ampi confini di quella discrezionalità operativa che deve

essere riconosciuta al medico quale elemento essenziale del diritto-dovere di esercitare la professione sanitaria e che trova limite in un'attività medica censurabile in quanto riconosciuta obiettivamente ed universalmente erranea. Per la trattazione di questo ultimo argomento si rimanda al cap. XI sulla Responsabilità Professionale.

Il contratto di cura, pertanto, non può sottendere un'obbligazione da parte del medico di raggiungere un risultato; un contratto che prevedesse ciò sarebbe nullo poiché l'eventuale impegno assunto dal medico in tal senso non potrebbe essere garantito in quanto l'evoluzione di un qualsiasi stato patologico, trattato terapeuticamente, sfugge al controllo totale del medico in quanto condizionato dall'imprevedibile e sempre nuova reazione di ogni singolo organismo; per cui questo elemento contrattuale non sarebbe nella disponibilità completa del medico e quindi non potrebbe costituire oggetto di valido contratto.

Solo in qualche raro, e peraltro discutibile, caso di attività medico-chirurgica ad esclusiva connotazione estetica potrebbe essere ipotizzato un obbligo del medico di garantire il risultato. Ma anche questi casi limite sono tutt'altro che pacificamente riconosciuti dalla dottrina e dalla giurisprudenza come possibili ipotesi di impegno al risultato; per cui è necessario vedere caso per caso quelli che, per loro peculiarità, si prestano ad un impegno valido a garantire il risultato della cura.

Il contratto di cura, quindi, può contenere solo un obbligo da parte del medico di fornire i mezzi per fronteggiare lo stato patologico o per raggiungere gli altri obiettivi propri del diritto individuale alla salute.

## 6. L'esercizio abusivo della professione medica

L'art. 348 c.p. "Abusivo esercizio di professione", così recita:

*"Chiunque abusivamente esercita una professione, per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato, è punito con la reclusione o con la multa"*

Si tratta di un delitto contro la Pubblica Amministrazione, perpetuato su vastissima scala proprio in ambito odontoiatrico.

Abbiamo già esaminato le condizioni necessarie per esercitare legalmente le professioni di medico chirurgo e di odontoiatra.

Il delitto di esercizio abusivo è dunque commesso nelle seguenti ipotesi:

- dal laureato non iscritto all'Albo;

- dal laureato che sia stato sospeso o interdetto dall'esercizio professionale;
- dal laureato all'estero che non sia abilitato ad esercitare in Italia;
- da chi non è laureato.

Oltre a questi casi, vi è la possibilità che un sanitario, in regola con tutte le norme (laurea, abilitazione, iscrizione all'Albo), venga incriminato, a norma dell'art. 348 c.p., per "concorso" nel reato commesso da persona non abilitata.

Anche questa situazione si manifesta con una certa frequenza proprio in campo dentistico: si configura nel noto fenomeno del "prestanomismo" da parte di medici o odontoiatri abilitati, a favore per lo più di odontotecnici, che possono così svolgere attività assolutamente non di loro competenza (prendere impronte, estrarre denti...). In casi del genere, se certamente risponde di esercizio abusivo della professione l'odontotecnico, allo stesso titolo risponderà anche il dentista che ne ha appoggiato e favorito l'attività abusiva.

Trattandosi di un reato di pericolo, viene punita l'azione in sé, indipendentemente dai risultati raggiunti. Se poi viene determinata anche una lesione personale, o, addirittura, la morte del paziente, l'incriminato risponderà anche di tale ulteriore evento, in base agli articoli 590 e 589 c.p..

Unica esimente è la ricorrenza dello stato di necessità, nel cui caso qualsiasi soggetto può sostituirsi al sanitario, in vista dello scopo di salvare altri da un grave danno alla persona non altrimenti evitabile.

### CAPITOLO III

#### Il consenso all'atto medico

##### 1. Generalità

Il consenso dell'avente diritto all'atto medico rappresenta l'elemento di legittimazione, che traduce in espressione pratica la facoltà di curare del medico. Infatti solo se si instaura un corretto rapporto contrattuale tra medico e paziente, basato su una volontà cosciente delle due parti, l'attività medica è considerata legittima. Se, al contrario, manca questo presupposto fondamentale, qualsiasi atto medico può essere interpretato come un'azione intenzionale di lesione personale di vario grado, dunque come un atto illecito.

I medici trovano legittimità nel curare in alcune norme del codice penale che escludono gli atti medici da quelli punibili come reato: si tratta degli art. 49, 50, 51, 52, 53, 54, che illustrano delle situazioni più generali in cui si può far rientrare anche l'attività medica. In particolare l'art. 50 c.p. (Consenso dell'avente diritto) recita:

*"Non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto con il consenso della persona che può validamente disporre"*.

La validità di cui si parla nel suddetto articolo ha un aspetto oggettivo, in quanto si può disporre solo di un bene disponibile, ed un aspetto soggettivo, per cui può disporre di un diritto solo chi ha la capacità civile.

La nostra Costituzione sottolinea il fatto che ogni uomo è padrone di se stesso e può decidere liberamente della propria salute, bene inviolabile dell'individuo. Infatti, in base all'art. 32 *"nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge"* (per esempio, in caso di malattie infettive che mettano a rischio la salute della collettività), poiché il diritto alla salute non rappresenta un obbligo in nessun caso.

L'unica limitazione al consenso dato dal paziente è rappresentata dall'art. 5 c.c. (Atti di disposizione del proprio corpo): *"Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume"*.

Salvo  
secondo diritto  
non con  
lavorare

S.O. - trattamenti sanitari obbligatori. In caso di  
dalla legge che proibisce che si faccia le terapie  
che non hanno modo / 500 e che è contrario al  
e che legge la legge

Il consenso del paziente è un importante argomento di trattazione anche nel codice deontologico, che tra l'altro sottolinea come in caso di esplicito rifiuto del paziente capace di intendere e di volere, il medico sia tenuto a desistere da qualsiasi atto diagnostico e curativo non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà del malato.

Il problema del rifiuto del consenso alle cure si può porre in vari casi: significativo è il caso di scioperi della fame o del rifiuto a particolari atti terapeutici per motivi religiosi (per esempio, rifiuto di effettuare trasfusioni per i testimoni di Geova). In questi casi il medico dovrà valutare quando effettivamente ricorre lo stato di necessità che è l'unica condizione per cui si potrebbe fare a meno del consenso, sempre che si possa presumere la mancanza di esprimere un corretto atto di volontà da parte del paziente.

Quella dei minori di 14 anni è anche una situazione particolare: non essendo considerati in grado di auto-governarsi, non possono infatti esprimere alcun tipo di consenso. Per loro si ricorre quindi alla potestà genitoriale.

Se, d'altra parte, si riscontrano contrasti tra i due genitori o tra i genitori e gli interessi del minore, circa la necessità delle cure e le modalità della terapia, si può ricorrere a specifici istituti, e cioè al giudice tutelare, che, avendo come fine esclusivo il bene del minore, sospende con procedura giudiziaria la patria potestà e affida il paziente direttamente al medico. Anche in caso di pazienti infermi di mente il consenso dovrà essere chiaramente espresso da chi ne esercita la tutela.

Il consenso, dunque, per essere una causa giustificativa del "reato" medico, deve essere valido, cioè espresso da una persona capace di intendere e di volere e che dispone del proprio corpo al di là dei limiti previsti dall'art. 5 del c.c., in presenza o meno di un processo patologico.

Come dicevamo, c'è un'unica condizione per cui l'attività medica è legittimata anche senza il consenso del paziente: si tratta del verificarsi di uno stato di necessità o di pericolo, descritto nel già citato art. 54 c.p. (Stato di necessità). Va comunque ribadito che esso rappresenta un sostituto del consenso solo se esso non può essere dato né negato in alcun modo: se infatti il paziente, ancora vigile, dice di non voler acconsentire, anche se le sue condizioni sono disperate, il medico non è autorizzato ad agire.

SOTTO I 14 ANNI  
NON SI È IMPROBILI  
NON SI PUÒ ESPRIMERE  
(100-100)

*de la legge ( + operatori ) il medico assistito d' un  
termine il più è  
digi dei font ( vultante )<sup>111</sup>*

## 2. Caratteristiche fondamentali del consenso

Il consenso per essere valido deve essere informato, esplicito, libero, autentico ed immune da vizi: presuppone la piena capacità psichica e la consapevolezza di chi lo esprime, che deve sempre essere un soggetto capace di intendere e di volere, di scegliere e decidere; nonché una chiara ed esauriente informazione da parte del medico, in merito alla diagnosi e all'atto terapeutico, specificando anche di volta in volta le possibili alternative.

In realtà, quindi, l'aggettivo "informato" comunemente anteposto al termine "consenso" rappresenta una ripetizione inutile, visto che senza informazione il consenso stesso non ha senso né validità.

Negli interventi d'equipe l'obbligo di informazione ai fini del consenso incombe su tutti gli operatori in base alla loro specifica attività.

All'atto del consenso bisogna avvisare il paziente che l'attività medica non necessariamente sortirà un esito positivo ed una completa risoluzione della patologia, poiché esiste sempre un rapporto rischi-benefici, che può essere più o meno favorevole. Il consenso comunque non esclude la censura su errori professionali ed il contratto medico-paziente obbliga in ogni caso l'operatore a fare del suo meglio, mettendo a disposizione dell'assistito tutti i mezzi e le conoscenze più moderne.

Si ricorda che non esiste una normativa di legge per cui il consenso debba essere scritto, tranne che per le trasfusioni di sangue o emoderivati; tuttavia, se in talune situazioni il consenso può essere tacito, poiché spetta al medico l'onere di provare che esso è stato dato, è in ogni caso più conveniente che sia dato per iscritto. D'altra parte la Cassazione ha stabilito che la semplice apposizione della firma su un modulo prestampato non rappresenta un consenso dato validamente, poiché non dimostra una corretta fase informativa ed un'adeguata comprensione da parte del paziente.

Consensi generici o incompleti, in caso di insuccesso o di complicanze gravi, possono diventare strumenti giudiziari contro il medico. Per questo è quanto mai opportuno che il paziente scriva di proprio pugno, anche sotto eventuale dettatura, un paio di righe riassuntive in fondo al modulo per il consenso prima di apporvi la propria firma.

L'omissione del consenso informato, in caso di manovre da cui derivino lesioni personali o la morte dell'assistito, può configurare

l'ipotesi di lesione personale, volontaria o colposa, o di omicidio, colposo o preterintenzionale.

### 3. Il consenso nella pratica odontoiatrica

Gli elementi costitutivi dell'informazione al paziente in campo odontoiatrico, sui quali basare un formulario corretto e completo, possono essere divisi in due momenti fondamentali:

#### a) momento diagnostico

La diagnosi va comunicata al paziente in termini facilmente comprensibili; deve essere trascritta chiaramente sulla cartella clinica e sul formulario, corredata dei tests e delle indagini che sono stati svolti per la sua formulazione. Rappresenta così indiscutibilmente una parte essenziale dell'informativa, la conditio sine qua non del consenso alla terapia.

La compilazione di una dettagliata cartella clinica e la sua consultazione al momento di elaborare il consenso permetterà all'odontoiatra che si accinge ad intraprendere una certa terapia, anche a distanza di tempo dalla prima visita, di riportarvi gli elementi a favore della diagnosi formulata.

Esaminiamo per esempio il caso di una necrosi pulpale, la cui diagnosi viene posta attraverso l'anamnesi (il paziente può riferire un trauma pregresso od una sintomatologia pulpatica ormai scomparsa), l'ispezione (l'elemento dentario può assumere una colorazione nerastra), l'indagine radiografica (che può rivelare un interessamento periradicolare) e soprattutto attraverso la risposta dell'elemento dentario indagato ai tests di vitalità pulpale.

#### b) momento terapeutico

Va fatta innanzitutto una distinzione tra il trattamento "elettivamente terapeutico", volto cioè ad eliminare una patologia oggettiva, dal trattamento non strettamente indispensabile, volto prevalentemente a soddisfare richieste di carattere estetico (ad esempio alcuni casi di terapia ortodontica, la restaurazione con materiali estetici, lo sbiancamento professionale, la riabilitazione protesica-estetica), intraprendendo il quale il professionista si assume non solo l'obbligo dei mezzi, ma anche l'obbligo di risultato. Infatti, se la richiesta del paziente è volta solamente a fini estetici, è chiaro che, non preesistendo patologia, la modifica dello stato preesistente deve essere assolutamente migliorativa.

Originariamente l'obbligo di risultato in campo medico era appannaggio esclusivo della chirurgia estetica; negli ultimi anni,

invece, quest'obbligo tende ad estendersi anche all'odontoiatria per quello che concerne trattamenti a prevalente contenuto estetico, specialmente di carattere protesico.

In ogni caso è necessario comunicare al paziente la natura e le caratteristiche della terapia che si ritiene più idonea al caso e le finalità che si vogliono raggiungere.

Ritornando all'esempio del dente necrotico, la terapia elettiva consiste in un trattamento endodontico e le sue finalità sono sia l'allontanamento del tessuto infetto e necrotico, che nel tempo provocherebbe l'infiammazione e l'infezione dei tessuti vitali limitrofi, sia il ripristino morfo-funzionale dell'elemento compromesso, realizzato tramite una restaurazione conservativa o protesica, scelta a seconda del grado di distruzione dei tessuti duri del dente ed in base al ruolo funzionale ed estetico svolto dall'elemento in esame.

Una volta illustrata al paziente la terapia di scelta ed i suoi obiettivi, vanno discusse le eventuali alternative terapeutiche, il possibile fallimento della terapia stessa, a breve ed a lungo termine, ed i rischi connessi alle procedure che saranno messe in atto, dall'anestesia alla restaurazione finale.

Nel nostro esempio il trattamento endodontico potrebbe fallire per svariati motivi, legati principalmente ad "incidenti di percorso" che possono ostacolare l'odontoiatra durante le procedure terapeutiche, dalla rottura di uno strumento che non si riesca più a rimuovere né ad oltrepassare, alla strumentazione insufficiente di un canale eccessivamente curvo, alla frattura radicolare.

L'ipotesi di un fallimento dovrebbe altresì essere corredata di informazioni generali riguardanti i rimedi del fallimento stesso; ad esempio il trattamento endodontico ortograde di prima scelta potrebbe essere sostituito da un approccio retrogrado chirurgico, da un intervento di rizectomia o, in casi estremi, dall'avulsione dell'elemento dentario.

### **3.1. Principali complicanze nelle varie branche odontoiatriche**

Notoriamente ogni trattamento odontoiatrico, dal più semplice al più complesso, ha i suoi rischi, più o meno gravi, ed una certa probabilità di fallimento.

Le complicanze ed i fallimenti nella pratica quotidiana possono dipendere da fattori biologici incontrollabili, ossia da imprevedibili, anomale reazioni dell'organismo (si pensi all'intolleranza ai farmaci ed agli anestetici o all'allergia, fino alla sua manifestazione

più estrema, lo shock anafilattico), oppure possono essere causate dall'inesperienza dell'operatore o da comportamenti non conformi a standard professionali adeguati.

Di seguito riportiamo una panoramica di rischi, complicanze e fallimenti che si producono nella pratica odontoiatrica con una frequenza tale da giustificare la loro citazione al momento di ottenere il consenso; resta sottinteso il fatto che ciascun operatore dovrebbe compilare l'informativa per il paziente principalmente sulla base della propria esperienza personale, integrandola con i dati riportati dalla letteratura e con l'esperienza di altri operatori.

#### **Odontoiatria Restauratrice:**

- apertura accidentale della camera pulpare,
- ipersensibilità transitoria,
- frattura della restaurazione,
- frattura dell'elemento dentario,
- dissoluzione della restaurazione provvisoria,
- pigmentazione del dente per restauri in amalgama,
- infiltrazione del restauro in composito,
- pigmentazione del restauro in composito,
- galvanismo.

#### **Endodonzia:**

- produzione di false strade/perforazione parodontale,
- rottura strumenti,
- sovra/sottoriempimento del sistema endodontico,
- discolorazione dell'elemento,
- lesioni endoparodontali (granuloma periapicale/cisti radicolare),
- frattura delle radici/del dente,
- danneggiamento della corona o di preesistenti restauri,
- risentimento parodontale transitorio/dolore,
- parestesia,
- gonfiore,
- trisma,
- ematomi/lesioni dei tessuti molli,
- anestesia inadeguata,
- riassorbimenti radicolari,
- intolleranza/allergia ai medicinali prescritti.

E' stato dimostrato che nel corso dei ritrattamenti l'incidenza di complicanze endodontiche è circa il doppio rispetto a quelle

riscontrate quando l'elemento viene trattato per la prima volta, con particolare riferimento a sottoriempimenti, perforazioni e gonfiore.

**Protesi Fissa:**

- persistenza sensibilità termica dei monconi vitali,
- danni iatrogeni occlusali o parodontali,
- lesioni da decubito sulle mucose,
- abrasione dell'elemento antagonista in caso di protesi in porcellana,
- decementazione del provvisorio o del definitivo,
- deglutizione accidentale della protesi,
- consumo e pigmentazione delle parti in resina,
- fenomeni galvanici,
- frattura della protesi,
- estetica insoddisfacente.

Gli studi statistici sul contenzioso in campo odontoiatrico evidenziano come principale motivo di contestazione proprio la protesi dentaria, per la quale il sanitario, come già accennato, si assume anche l'obbligo del risultato. Oltre ad un'estetica insoddisfacente, frequenti motivi di scontento del paziente derivano dalla scarsità dei controlli a distanza sul grado di adattamento della protesi all'ambiente orale e sulla sua funzionalità masticatoria: è consigliabile, quindi, usare un cemento provvisorio alla prima applicazione del lavoro ultimato e controllare nel tempo l'integrazione del manufatto e la sua perfetta compatibilità.

**Protesi Mobile Parziale:**

- mobilità denti pilastro,
- erosioni/carie secondarie sui denti pilastro,
- scarsa stabilità,
- facilitato accumulo di placca,
- estetica insoddisfacente,
- perdita progressiva della ritenzione,
- frattura della protesi,
- decubiti sulla mucosa.

**Protesi Mobile Totale:**

- carenza di stabilità e di ritenzione,
- difficoltà fonetiche,
- estetica insoddisfacente,
- decubiti sulla mucosa,
- fratture della protesi,

- reazioni allergiche ai componenti della resina,
- usura degli elementi protesici in resina,
- pigmentazione delle parti in resina.

### **Anestesia Locale**

Da un punto di vista farmacologico, gli anestetici locali sono in grado di interferire con la funzionalità di tutti gli organi nei quali ha luogo la conduzione o la trasmissione degli impulsi nervosi, e quindi avere effetti importanti sul sistema nervoso centrale, sui gangli autonomi, sulle giunzioni neuromuscolari e sulle fibre muscolari in genere; tali effetti collaterali possono verificarsi quando parte dell'anestetico raggiunge erroneamente la circolazione generale.

Il pericolo e la gravità delle manifestazioni sistemiche da anestesia locale è direttamente proporzionale alla concentrazione di anestetico che raggiunge il torrente ematico. Da queste premesse è chiara l'importanza che riveste l'aspirazione prima di procedere all'iniezione del farmaco in situ.

Gli effetti che si possono avere a livello del sistema nervoso centrale dopo anestesia sono:

- sonnolenza,
- irrequietezza,
- tremori,
- convulsioni cloniche e successiva depressione.

Gli effetti sulle giunzioni neuromuscolari e sulle sinapsi gangliari sono:

- tremolio,
- generale riduzione dell'efficacia della trasmissione neuromuscolare.

Quelli sul sistema cardiovascolare sono:

- riduzione dell'eccitabilità elettrica, della velocità di conduzione e della forza di contrazione,
- ipotensione da dilatazione delle arteriole,
- collasso e morte per arresto cardiaco,
- tachicardia (da vasocostrittore),
- intolleranza all'anestetico o al conservante,
- manifestazioni allergiche,
- shock anafilattico,
- lipotimia,
- sincope,
- rottura dell'ago,

- lesioni nervose (parestesie, ipoestesie, fino alla perdita totale della sensibilità),
- lesioni vascolari.

### **Anestesia Generale**

La massima parte degli interventi chirurgici in odontoiatria può essere eseguita in anestesia locale; si ricorre all'anestesia generale per interventi molto complessi, per trattare pazienti particolari o, in alcuni casi, dietro esplicita richiesta dei pazienti, che desiderano liberarsi della tensione psichica nel corso dell'intervento. Ogni chirurgo valuterà caso per caso l'opportunità di ricorrere all'anestesia generale, tenendo in grande conto il bilancio rischi-benefici.

Le complicanze associate all'anestesia generale variano a seconda dell'anestetico utilizzato.

### **Chirurgia Orale ed Implantologia**

In linea generale, le complicanze possono essere legate sia all'atto chirurgico sia all'anestesia ed ai farmaci somministrati preventivamente. Si possono dunque avere:

- infezioni post-operatorie,
- trisma,
- dolore,
- eccessivo sanguinamento,
- gonfiore,
- lesioni nervose e vascolari,
- lesioni del seno mascellare/enfisemi/sinusiti acute, croniche, attenuate,
- fratture ossee,
- fratture radicolari/dentarie,
- lesioni mucose (sofferenza ischemica, ecchimosi, ematomi, soluzioni di continuo),
- intolleranza / allergia ad anestetici, antibiotici, antinfiammatori,
- shock (ipovolemico, cardiogeno, neurogeno, anafilattico),
- lipotimia/sincope (reazioni vago-vagali),
- arresto cardiaco,
- recidiva della patologia originaria.

### **Estrazione dei terzi molari in inclusione parziale o totale**

A questo particolare argomento della chirurgia orale va dedicato un paragrafo specifico in considerazione della notevole frequenza di

questi interventi nell'ambulatorio odontoiatrico e della vastità delle complicanze di più comune riscontro riportate dalla letteratura internazionale.

- dolore,
- gonfiore,
- trisma,
- emorragia,
- disestesia del labbro, mono o bilaterale (da lesione del nervo alveolare inferiore),
- disestesia della lingua, mono o bilaterale (da lesione del nervo linguale),
- danno dei denti adiacenti,
- fratture dei processi alveolari,
- danni delle strutture anatomiche circostanti,
- lussazione della mandibola.

### **Parodontologia**

In campo parodontale gli interventi praticabili sul paziente sono numerosi e differenti tra loro per procedura operativa e per invasività. Ciò significa che le possibili complicanze variano a seconda del tipo di manovra terapeutica che si sceglie di praticare. Le complicanze più frequenti sono comunque:

- aumento di sensibilità di uno o più elementi dentari a caldo, freddo, sostanze dolci od amare,
- recessione gengivale postoperatoria, che porta ad un allungamento del o dei denti interessati e ad un aumento degli spazi interdentali,
- perdita di vitalità di un elemento (lesione di un fascio vascolo-nervoso),
- estrazione di uno o più elementi o di una o più radici,
- infezione post-operatoria e complicanze generiche legate alla chirurgia.

### **Ortodonzia**

La riuscita di un trattamento ortodontico, in considerazione della sua lunga durata nel tempo, è influenzata da una serie di variabili che giocano un ruolo spesso determinante; l'età del paziente, il grado di collaborazione, il tipo di crescita, favorevole o contrario alla correzione della disgnazia, la difficoltà del caso, l'igiene orale, il corretto utilizzo delle apparecchiature.

Per ottenere i migliori risultati, quindi, alla discussione col paziente sulle possibili complicanze deve aggiungersi una sua corretta "educazione", anche psicologica, alla terapia.

Le complicanze più frequenti del trattamento ortodontico sono:

- recidiva della malposizione/malocclusione,
- estrazione non programmata di uno o più elementi,
- incompleto raggiungimento del risultato,
- risultato estetico insoddisfacente,
- lesioni dello smalto,
- lesioni cariose,
- lesioni pulpari,
- lesioni parodontali/recessioni gengivali,
- riassorbimenti radicolari,
- riassorbimento della cresta alveolare,
- mioartropatia dell'apparato stomatognatico.

### 3.2. La raccolta del consenso

La richiesta del consenso deve essere fatta avvalendosi di un modello, da far firmare al paziente, ben comprensibile e nel contempo completo di tutte le informazioni necessarie; i moduli prestampati in uso negli ospedali possono essere talvolta incompleti, poiché spesso non contengono notizie esplicite sui rischi e le complicanze connessi all'atto terapeutico, né sulla diagnosi dello stato morboso per il quale il medico interviene, e neanche la dimostrazione che il paziente ha effettivamente compreso ciò che gli è stato chiesto di firmare.

Si ribadisce, a questo proposito, che il consenso informato perde la propria validità se le informazioni date sono insufficienti o se il paziente non le ha pienamente comprese perché non era in grado di farlo.

E' assolutamente necessario che la forma lessicale di un modulo per il consenso informato sia chiara e semplice, per essere compresa da tutti i pazienti e per essere di facile ed indubbia interpretazione. Vanno dunque evitate espressioni ricercate o poco comuni, come pure i termini tecnici non strettamente necessari.

## CAPITOLO IV

### Il segreto professionale

#### 1. I fondamenti del segreto professionale

L'obbligo dell'odontoiatra, alla pari di ogni altro specialista, di mantenere la più assoluta riservatezza su tutto quanto egli viene a conoscere di un paziente e della sua famiglia in funzione del ruolo professionale che egli svolge, prima ancora di essere un obbligo giuridico penalmente rilevante, è un obbligo morale che deriva dall'etica deontologica ed è pertanto codificato nell'art. 9 del codice deontologico: *"...Il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò che è affidato a lui e può conoscere in virtù della sua attività..."*.

In questo articolo è stata introdotto il "diritto alla riservatezza", successivamente integrato dalla "legge sulla privacy" (n. 675, del 1996), in base alla quale i dati sensibili, in particolare quelli riguardanti la salute e la sessualità, vanno tutelati anche a livello di raccolta e diffusione.

Il segreto infatti è un valore insito nel rapporto medico-paziente, intimamente legato alla fiducia che il malato potrà riporre nel medico.

Il fondamento etico del segreto professionale deriva dalle più antiche tradizioni mediche, essendo tra gli elementi costitutivi del Giuramento di Ippocrate, che in proposito così recita: *"... E quanto vedrò e udirò esercitando la mia professione, e anche al di fuori di essa nei miei rapporti con gli uomini, se mai non debba essere divulgato attorno, lo tacerò ritenendolo alla stregua di un sacro segreto. ..."*.

A tale principio deve dunque essere ispirata l'attività dell'odontoiatra poiché, proprio in funzione della sua professione e della fiducia che il paziente ripone in lui, può venire a conoscenza di fatti che lo stesso desidera non vengano rivelati.

Il 2° comma dell'art. 9 del codice deontologico stabilisce che la violazione del segreto professionale è tanto più grave quando ne deriva un profitto personale a chi fa la rivelazione, oltre che un danno al paziente. Poiché nella valutazione deontologica si guarda all'animo, alla correttezza e all'onestà dell'individuo, in caso di

profitto personale, la sanzione disciplinare a carico del medico sarà dunque maggiore.

L'obbligo di mantenere il segreto discende però anche dal diritto, così come sancito dal codice penale.

Art. 622 c.p. (*Rivelazione di segreto professionale*)<sup>1</sup>

*"Chiunque, avendo notizia, per ragione del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte, di un segreto, lo rivela, senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto, è punito se dal fatto può derivare nocumento, con la reclusione fino a un anno o con la multa da 600.000 a 1.000.000. Il delitto è punibile a querela della persona offesa."*

Al di là della sanzione dettata dall'articolo suddetto, la condanna per tale delitto può comportare fin'anche l'interdizione temporanea dalla professione, cui può seguire la perdita dell'abilitazione all'esercizio professionale.

Il reato di rivelazione del segreto, punibile a querela della persona offesa, rientra tra i delitti contro la libertà individuale ed in particolare contro l'inviolabilità dei segreti. Si tratta di un diritto naturale che difende la libertà individuale e la riservatezza nei riguardi della vita privata della persona, diritto che è giusto sia rispettato da chiunque.

Per segreto deve intendersi ogni notizia che una persona ha interesse che non sia divulgata, e perciò non soltanto fatti inerenti la salute del paziente, ma ogni altra notizia sulle abitudini di vita, su fatti economici, familiari, sociali o altro che, se divulgata, potrebbe produrre nocumento al paziente.

Il reato è punibile soltanto se viene commesso con dolo, cioè con la coscienza e la volontà di rivelare il segreto o di impiegarlo a proprio od altrui profitto, mentre non è necessario che vi sia l'intenzione di produrre nocumento.

Essendo, inoltre, un reato di pericolo, e non di danno come la maggior parte di quelli previsti dal nostro codice, non è neppure necessario che il nocumento derivante dalla rivelazione si debba verificare poiché è sufficiente che si concretizzi il pericolo anche remoto del verificarsi di un danno morale o materiale per il titolare del segreto.

L'obbligo del segreto non vige soltanto per il medico ma anche per altre categorie di persone: difatti con la dizione *"per ragione del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte"* si intende estendere il vincolo della segretezza non solo al medico

nell'esercizio della sua professione ma anche ad altre figure professionali.

E neppure è necessario che il segreto sia confidato direttamente dal titolare del diritto al medico poiché con l'espressione "avendo notizia" il legislatore ha inteso ricomprendere qualsiasi modalità con cui il sanitario può venire a conoscenza dello stesso; si intende fare riferimento, ad esempio, alla possibilità che un medico, in ogni occasione anche al di fuori dell'attività diagnostico-terapeutica e indipendentemente dal rapporto professionale, sia in grado di intuire cose che riguardano un'altra persona e che debbono rimanere segrete.

Con la dizione di "stato" vengono intese anche quelle persone che in virtù di una loro particolare condizione possono venire a conoscenza di un segreto che riguarda un'altra persona: è questo il caso degli studenti di medicina, dei familiari dei medici o dei loro conviventi o dipendenti i quali hanno tutti l'obbligo di mantenere riservate le notizie che apprendono appunto in virtù del loro ruolo sociale.

Sono poi tenute a mantenere il segreto professionale quelle persone che ne vengono a conoscenza per ragione del proprio "ufficio" quello cioè del tutore, del curatore, del giudice o del consulente tecnico.

Con la dizione "professione" si intende fare riferimento alle figure professionali sanitarie principali (medico, odontoiatra, farmacista, veterinario) e a quelle secondarie (ostetrica, infermiere professionale, ecc.) mentre per le "arti" ci si riferisce infine a tutte quelle arti sanitarie ausiliarie quali, ad esempio, l'odontotecnico o il tecnico di radiologia.

Il vincolo di mantenere il segreto non cessa neppure una volta interrotto il rapporto tra il medico ed il paziente e tanto meno dopo la morte del paziente. Neanche la cancellazione dall'albo professionale esime moralmente il medico dagli obblighi espressi dall'art. 9.

Il segreto può però essere trasmesso, è cioè possibile rendere partecipi del segreto altre persone interessate allo stesso caso, anch'esse vincolate dal medesimo obbligo.

Il Codice Deontologico precisa a tal proposito nell'art. 11 che non costituisce violazione del segreto professionale la trasmissione di dati medici per motivi inerenti l'organizzazione e il controllo dei servizi assistenziali e sanitari, purché, tale comunicazione avvenga nell'ambito dei servizi medesimi, secondo la prassi prevista

nell'interesse del paziente, che ne richiede espressamente o ne autorizza implicitamente la trasmissione.

La trasmissione del segreto è dunque possibile tra colleghi negli ospedali e scaturisce da un'esigenza di collaborazione in équipe, ma deve sempre tenere conto dell'interesse del malato e del consenso, che può essere esplicito o implicito nella richiesta di prestazioni ospedaliere o mutualistiche.

Non è poi considerata violazione del segreto professionale la pubblicazione o la comunicazione, a scopo scientifico, di casi clinici purché, vengano questi illustrati tralasciando adeguatamente tutte quelle indicazioni che potrebbero consentire in qualsiasi modo l'identificazione del paziente (art. 10 c.d.).

## **2. Le giuste cause di rivelazione del segreto professionale**

Non ricorre la violazione del segreto professionale nei casi in cui intervengano le cosiddette "giuste cause" di rivelazione.

Queste si dividono in cause imperative e permissive.

Le cause imperative obbligano il sanitario a rendere noto ciò che ha appreso in forza della sua professione per una disposizione di legge che impone al medico il dovere di informare l'autorità competente. E' il caso della denuncia, dei certificati obbligatori, della perizia e della consulenza tecnica, della visita medico legale e fiscale nonché del referto, purché, con quest'ultimo caso non si esponga la persona assistita ad un procedimento penale.

L'obbligo di mantenere il segreto in tali casi non sussiste poiché la rivelazione avviene per tutelare il bene e la salute pubblica; pertanto, il medico non ha la possibilità di scegliere quale comportamento seguire ma ha l'obbligo di ottemperare ad un preciso dovere giuridico per non incorrere egli stesso in reati omissivi.

Le cause permissive sono quelle che consentono al sanitario di rivelare il segreto ma non lo obbligano a farlo come può accadere quando il paziente libera il medico dal mantenere il segreto sulle notizie che lo riguardano; in questo caso tuttavia bisogna porre ben attenzione alla validità di tale atto liberatorio che è tale solo quando il paziente è adeguatamente informato sul contenuto delle notizie che lo riguardano e che egli consente siano rivelate.

Altro caso di causa permissiva di rivelazione di segreto professionale si riferisce al diritto riconosciuto al medico, a norma dell'art. 351 del codice di procedura penale (art. 200 del nuovo codice di procedura civile), di astenersi dal testimoniare nei

processi penali e civili riguardanti fatti coperti da segreto professionale. L'astenersi dal testimoniare è una facoltà che il sanitario ha, non un obbligo, per cui questi è libero di decidere secondo le circostanze se testimoniare o meno.

Infine anche la circostanza di avere la necessità di ricorrere alla procedura esecutiva per farsi pagare l'onorario e di essere costretti, per questo, di rivelare il segreto, rappresenta una giusta causa permissiva.

## CAPITOLO V

### Il certificato medico

#### 1. La certificazione in medicina

Una delle espressioni tecniche dell'attività professionale medica ed odontoiatrica è la potestà di certificazione che, in alcuni casi, assume i connotati di obbligazione di legge.

Il certificato è un "*atto scritto con cui il sanitario dichiara la veridicità di un fatto tecnico, accertato nell'ambito della sua attività professionale*".

Gli elementi qualificativi di un certificato sono essenzialmente due:

- la professionalità di chi lo redige,
- il diritto di chi lo riceve.

Requisiti fondamentali della certificazione medica sono la chiarezza nella formulazione scritta di fatti di natura tecnica, la completezza (vanno sempre specificati dati del paziente, data, patologia riscontrata), ma soprattutto la veridicità, ossia l'assoluta corrispondenza fra l'obiettività clinica, direttamente constatata dal medico firmatario, e la sua attestazione scritta.

Il certificato medico, redatto sempre su carta intestata e correttamente firmato dallo stesso medico, è una potestà che deriva dal possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione medica e fa fede, fino a querela di falso.

Poiché esso è in grado di modificare anche attività giuridicamente determinate (per esempio, condizioni di lavoro), il mancato rispetto della veridicità nell'atto della certificazione configura le seguenti ipotesi delittuose:

- Art. 480 c.p. *Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in certificati od autorizzazioni amministrative*, che comporta la reclusione da 3 mesi a 2 anni;

- Art. 481 c.p. *Falsità ideologica in certificati commessa da persone esercenti un servizio di pubblica necessità*, da cui può derivare la reclusione fino ad 1 anno o una pena pecuniaria (entrambe se il fatto è commesso a scopo di lucro).

Anche nel codice deontologico, in particolare nell'art. 22, viene sottolineata l'importanza che nei certificati il medico attesti "*dati*

*clinici che abbia direttamente constatato*". Lo stesso articolo, nel I comma, dichiara che *"Il medico non può rifiutarsi di rilasciare direttamente al cittadino certificati relativi al suo stato di salute"*, anche in casi non specificamente previsti dalla legge.

Il codice deontologico bandisce in ogni caso i cosiddetti "certificati compiacenti", che tendono a minimizzare il quadro clinico del paziente, e stabilisce come limiti oggettivi della certificazione il rispetto della verità e la pertinenza medico-biologica.

I limiti soggettivi sono invece la tutela della riservatezza e la volontà del paziente, salvo che ovviamente per i casi in cui la certificazione rientra tra gli obblighi di legge e quindi tra le giuste cause di rivelazione del segreto professionale.

I certificati si distinguono, infatti, in due categorie:

a) obbligatori, per il sanitario o per il paziente che li richiede, previsti come tali da norme di legge (certificato di gravidanza, di constatazione di decesso, di sana e robusta costituzione, di avvenuta vaccinazione, di infortunio o malattia professionale, d'inabilità al lavoro, ecc.);

b) facoltativi, non imposti da norme di legge ma richiesti direttamente dall'interessato, a sua discrezione e a proprio vantaggio (ad esempio per documentare lesioni o patologie al di fuori dei casi obbligatoriamente previsti dalla legge, o per dimostrare spese di cura ai fini di un rimborso assicurativo).

Mentre le denunce sanitarie obbligatorie vanno fatte a precise autorità sanitarie, il certificato medico va sempre rilasciato direttamente all'assistito che lo richiede.

Talvolta anche le ricette e le prescrizioni fatte dal medico curante possono acquisire il significato di una certificazione.

## CAPITOLO VI

### L'obbligo del referto e della denuncia

#### 1. Referto

L'articolo 365 del c.p. stabilisce che ogni esercente una professione sanitaria ha l'obbligo di informare l'autorità giudiziaria quando presta la propria opera od assistenza in casi che possano presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio. Il secondo comma dell'articolo di legge specifica che l'obbligo non è operante qualora il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale.

La refertazione all'autorità giudiziaria è uno dei doveri più importanti per il medico tant'è che l'omissione di referto è considerata nel nostro ordinamento un reato contro l'amministrazione della giustizia. Il referto, essendo un obbligo di legge, rientra inoltre tra le giuste cause di violazione del segreto professionale (causa imperativa).

L'omissione è punita, però, solo se è stata commessa con dolo, cioè con una volontà, anche generica, di omettere o ritardare la refertazione, pur sapendo che in quella circostanza essa era obbligatoria.

Dall'azione omissiva del medico, inoltre, per far sì che il reato sia punito, non è necessario che si concretizzi in ogni caso un danno, ma è sufficiente che ne derivi il pericolo per l'amministrazione della giustizia di non poter perseguire un autore di reato.

Analizzando più dettagliatamente l'articolo di legge vediamo che l'obbligo del referto spetta a tutti gli esercenti una professione sanitaria principale o ausiliaria (dentisti, farmacisti, veterinari, laureati in scienze motorie, infermieri professionali, fisioterapisti, vigilatori d'infanzia...) anche se sicuramente il medico, rispetto agli altri sanitari, è quello che più spesso si trova nelle condizioni previste dalla legge per l'obbligo della refertazione. Se più persone prestano assistenza nella medesima occasione, sono tutte obbligate al referto.

Il medico libero professionista, esercente cioè un servizio di pubblica necessità, ha l'obbligo per effetto della norma penale

contenuta nell'art. 365 c.p. di portare a conoscenza dell'autorità giudiziaria tutti quei casi nei quali è chiamato a prestare assistenza od opera e che possono presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio; tale obbligatorietà viene meno quando come conseguenza della suddetta segnalazione la persona assistita sarebbe esposta a procedimento penale.

Il referto ha lo scopo principale di garantire, per quanto possibile, una puntuale ed efficace proposizione dell'azione penale; si è voluto con ciò evitare che il conseguimento dell'amministrazione della giustizia penale sia impedito o ritardato per effetto della dolosa omissione o ritardo di informare l'autorità giudiziaria da parte dei sanitari che, prestando assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio, vengono per primi a conoscenza del fatto antigiuridico.

E' dunque un interesse pubblico, quello dell'amministrazione della giustizia, che si è voluto garantire attingendo la notizia del reato là dove, per necessità biologica, per prima si manifesta.

Il sanitario, quindi, deve redigere il referto ogni qualvolta nell'esercizio della sua prestazione professionale gli sorga il sospetto che il caso possa presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio.

Infatti, l'obbligo per il sanitario vi è soltanto per i delitti perseguibili d'ufficio, quelli cioè nei quali il Pubblico Ministero deve istruire un'indagine giudiziaria autonomamente, senza che la persona offesa sporga una querela.

Il sospetto che la malattia presentata dal paziente o le lesioni rilevate possano essere in correlazione con un delitto perseguibile d'ufficio, al medico sorge essenzialmente vagliando le caratteristiche delle lesioni e/o i dati clinici presentati dal soggetto e le cause che possano averle determinate, nonché esaminando il racconto sulle circostanze del fatto che gli sono riferite.

E' importante sottolineare che per l'obbligo di redigere il referto all'autorità giudiziaria, è sufficiente che al medico sorga il solo sospetto di un delitto perseguibile d'ufficio e non è necessario che egli abbia la certezza e neppure la mera probabilità.

Naturalmente perché sussista l'obbligo del referto non basta che si verifichino le due condizioni positive, e cioè la prestazione di assistenza od opera e la possibilità, ancorché remota, che il fatto presenti i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio, ma è necessaria anche una condizione negativa, che cioè in conseguenza del referto la persona assistita non sia esposta a procedimento penale.

Quest'ultima condizione, che sembrerebbe in contrasto con il presupposto della norma, trova una sua giustificazione nel fatto che il legislatore, nella scala dei valori, ha anteposto l'interesse per la salute del soggetto, anche se responsabile penalmente, a quello dell'amministrazione della giustizia; ciò non solo per interpretare una giusta esigenza morale del professionista, ma soprattutto perché in questo caso non è tanto l'interesse del singolo che è tutelato, ma piuttosto la sua salute che, in ossequio al dettato costituzionale, deve essere ritenuta patrimonio della collettività e quindi di interesse pubblico.

## **2. Denuncia**

Per quanto attiene, le altre due qualifiche che possono essere rivestite dai medici, quella cioè di incaricato di pubblico servizio e quella di pubblico ufficiale, è da rilevare che a norma dell'art. 361 e 362 c.p. per loro vige l'obbligo di denunciare all'autorità competente i casi di reato dei quali vengano a conoscenza nell'esercizio ed a causa del servizio.

Ne consegue che la trasmissione della notizia di un delitto perseguibile d'ufficio di cui il medico, come sopra qualificato, viene a conoscenza prestando assistenza od opera, deve riguardare indistintamente tutti i casi osservati senza che nei confronti dell'assistito coinvolto penalmente operi la riserva prevista dall'art. 365 C.P.

E' evidente che nella legge vi sia un conflitto tra la norma di cui all'art. 365 C.P. e quella degli art. 361 e 362 C. P.; contrasto la cui risoluzione non è stata ancora data a livello normativo per cui nella pratica quotidiana ci si deve rimettere alla discrezionalità di scelta del medico.

## **3. La compilazione del referto**

Le modalità con le quali deve essere redatto il referto sono dettate nell'art. 334 del codice di procedura penale.

In primo luogo viene precisato che esso va presentato entro 48 ore al Pubblico Ministero presso la Procura della Repubblica od a qualsiasi Ufficiale di Polizia Giudiziaria individuato a norma dell'art. 57 c.p.p. (commissariati di polizia, presidi dei carabinieri, della guardia di finanza, della polizia penitenziaria), o in ultima

analisi al Sindaco del comune dove si è prestata la propria assistenza od opera.

Nei casi in cui vi è un pericolo nel ritardo, quando cioè è fondamentale per l'interesse della Giustizia che le indagini abbiano immediato inizio (per esempio interrogare al più presto l'assistito perché potrebbe subire un peggioramento delle condizioni di salute, o quando si tratta di un reato grave, come un omicidio), il codice di procedura penale prevede che il referto deve essere presentato immediatamente.

L'articolo del codice di procedura penale indica anche chiaramente il contenuto del referto che può essere scritto o su un modulare prestampato o su un semplice foglio di carta. Deve indicare, innanzi tutto le generalità dell'assistito, o quanto meno ogni elemento atto ad identificarlo ed il suo recapito.

Vanno riportate le notizie anamnestiche relative al fatto, precisando tempo, luogo e circostanze dell'accaduto così come sono state riferite dal soggetto.

Essenziale è, poi, un rigoroso esame obiettivo locale, descrivendo il più dettagliatamente possibile le lesioni riscontrate con le loro caratteristiche e la loro localizzazione, precisando le eventuali alterazioni delle funzioni vitali principali (nervosa, respiratoria e cardiocircolatoria); elementi quest'ultimi essenziali per stabilire se vi è stato un pericolo per la vita dell'assistito. E' opportuno, inoltre, che il sanitario si astenga, nella descrizione della lesione, dal dare una sua interpretazione diagnostica, ma si preoccupi solo di darne una descrizione obiettiva.

Il sanitario può quindi formulare anche una diagnosi sul mezzo che, a suo giudizio, le ha prodotte (per es.: ferita da taglio, colpo d'arma da fuoco, ecc).

Infine, a conclusione del referto, viene indicata la prognosi che deve essere però il più possibile aderente alla realtà delle lesioni o della malattia riscontrate, includendo anche l'eventuale successivo periodo di incapacità ad attendere alle ordinarie occupazioni.

## CAPITOLO VII

### Le denunce obbligatorie

#### 1. Le denunce obbligatorie

Il medico, in quanto esercente un professione pubblica o privata che deve assolvere ai doveri di informativa relativi ai compiti e funzioni della medicina nell'ambito della società, è tenuto all'obbligo di denuncia.

Con il termine di denuncia si intende quell'atto con il quale vengono resi noti all'autorità competente fatti appresi nell'esercizio della professione e che all'autorità stessa interessa conoscere.

Numerose sono le denunce cui il sanitario è sottoposto a obbligo e possono essere distinte in facoltative e obbligatorie.

Queste ultime si caratterizzano appunto per l'obbligatorietà che deriva dalla disposizione stessa di legge e che ha carattere inderogabile; disposizione di legge che assume il ruolo di giusta causa imperativa per la quale è consentito rivelare il segreto professionale.

Il medico è tenuto a redigere la denuncia e ad inviarla alla competente autorità di propria iniziativa, per cui egli è tenuto a sapere quali fatti si debbono denunciare e in quali forme, modalità e tempi la legge preveda che esse debbano essere effettuate.

Le denunce spettanti al medico, sono previste da diverse disposizioni di legge, dettate principalmente dal Decreto sull'ordinamento dello Stato Civile, dal Codice penale, dal Testo Unico delle Leggi Sanitarie, dal Testo Unico di Pubblica Sicurezza nonché dai dettami del Codice Deontologico, fino agli ultimi dettami previsti dalla più recente legge n. 675/1996 sulla "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali", nota anche come legge sulla privacy.

Per ciascuna di esse è indicato il tempo entro cui la denuncia va trasmessa e l'Autorità o Ente, amministrativo o sanitario, a cui inviarla.

Il medico specialista è obbligato a fare tutte le denunce previste dalla legge, ma alcune di esse, che per questo motivo tratteremo dettagliatamente, sono di più frequente riscontro nella pratica routinaria dell'odontoiatra.

**Denuncia di malattie infettive e diffuse o sospette di esserlo**

Di tutte le denunce obbligatorie, quella relativa alle malattie infettive e diffuse è la più frequente, specie ove si consideri che tra le tante malattie sottoposte a obbligo di denuncia sono comprese anche tutte le malattie esantematiche.

L'obbligo, che ha ovvie finalità di tutela della salute pubblica e di prevenzione sociale, prende origine dall'art. 245 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie, che così recita: *"il sanitario che nell'esercizio della sua professione sia venuto a conoscenza di un caso di malattia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo, pericolosa per la salute pubblica, deve immediatamente farne denuncia al Sindaco e all'Ufficiale sanitario comunale"*. I successivi interventi legislativi, fino a quello più recente del Decreto del Ministero di Sanità del 15.12.1990, hanno apportato alcune modifiche sostanziali nell'adeguamento nosologico delle malattie sottoposte a denuncia e hanno proposto l'utilizzo di un'apposita modulistica, indicando il nuovo sistema informativo delle malattie infettive: *"... fermo restando l'obbligo del medico di notificare all'autorità sanitaria competente qualunque malattia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo, di cui è venuto a conoscenza nell'esercizio della sua professione ..."*.

Affinché sorga l'obbligo di denuncia è necessario quindi che il sanitario ne venga a conoscenza nell'esercizio della professione.

Il sanitario oltre a denunciare all'autorità competente la malattia infettiva, deve coadiuvare anche, se occorre, le predette autorità ad eseguire le "disposizioni emanate per impedire la diffusione delle malattie stesse e nelle cautele igieniche necessarie".

Il D.M. del 1990 indica cinque classi di patologie definite in particolare in base alla priorità epidemiologica e alle diverse esigenze di intervento e di profilassi.

**CLASSE 1:**

Colera  
Febbre gialla  
Febbre ricorrente epidemica  
Febbri emorragiche virali  
Poliomielite  
Peste  
Botulismo  
Difterite  
Influenza con isolamento virale  
Rabbia  
Tetano

Tifo esantematico

Trichinosi

Il medico entro 12 ore dalla constatazione, anche del solo sospetto di malattia, dovrà inviare la denuncia alla ASL competente, anche attraverso telegramma, telefax o fonogramma; la ASL la trasmetterà, con il Mod. 15 ISTAT, all'Osservatorio Epidemiologico della Regione e da questa al Ministero e all'Istituto Superiore di Sanità.

CLASSE 2:

Blenorragia

Brucellosi

Diarree infettive non da salmonelle

Epatite virale A

Epatite virale B

Epatite virale non A non B

Epatite virale non specificata

Febbre tifoide

Legionellosi

Leishmaniosi cutanea

Leishmaniosi viscerale

Leptosirosi

Listeriosi

Meningite ed encefalite acuta virale

Meningite meningococcica

Morbillo

Parotite

Pertosse

Rickettsiosi diversa da tifo esantematico

Rosolia

Salmonellosi non tifoide

Sifilide

Scarlattina

Tularemia

Varicella

Le malattie che rientrano in questa classe vanno segnalate entro 2 giorni dalla constatazione del caso osservato alla ASL competente che trasmetterà la notizia alla Regione, al Ministero e all'Istituto Superiore di Sanità mediante il Mod. 15 ISTAT.

CLASSE 3:

Lebbra

Malaria

Micobatteriosi non tubercolare

## Tubercolosi

## AIDS

Anche per queste malattie si segue il sistema di informazione indicato per la classe precedente entro i 2 giorni dalla constatazione della patologia.

Diverse sono, però, le modalità di notifica dei casi di Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) per i quali, a norma del Decreto ministeriale 28 novembre 1986 e successive circolari esplicative del Ministero di Sanità del n. 5 del 13.2.1987 e n. 14 del 13.2.1988, deve essere impiegata una scheda apposita in triplice copia a ricalco, da inviare l'una al Centro Operativo AIDS del Ministero di Sanità, una seconda alla Regione e la terza dovrà essere conservata dal medico compilatore che, pertanto, dovrà tenere presso di sé un archivio. Soltanto sulla scheda da inviare al centro operativo del Ministero di Sanità risulterà indicato il nome e cognome dell'assistito, garantendo in tal modo l'assoluta riservatezza dei dati.

Si sottolinea che soltanto nei casi di malattia conclamata dovrà essere inviata la denuncia e non nei casi di sola siero-positività.

CLASSE 4:

## Dermatofitosi

Infezioni, tossinfezioni ed infestazione di origine alimentare

## Pediculosi

## Scabbia

Per le suddette malattie la denuncia dovrà essere inviata alla ASL competente entro le 24 ore dall'osservazione del caso e da questa seguirà lo stesso flusso informativo delle segnalazioni di malattie appartenenti alle classi sopraelencate.

CLASSE 5:

Malattie infettive e diffusive notificate alla ASL e non comprese nelle precedenti classi Zoonosi indicate nel Regolamento di Polizia Veterinaria (D.P.R. 8.2.54 n. 320). Per queste si dovrà inviare la denuncia entro le 24 ore alla ASL competente soltanto ove si manifestino in forma di focolaio epidemico.

Oltre all'AIDS, anche altre malattie hanno disposizioni particolari, quali ad esempio la malaria per la quale il medico ha l'obbligo di dare avviso immediato all'Ufficiale Sanitario nei casi constatati di malattia perniziosa malarica fornendo notizie epidemiologiche in suo possesso e quelle riguardanti gli accertamenti diagnostici praticati, il tempo e la località in cui si può presumere sia stata contratta l'infezione, il decorso della malattia e il trattamento terapeutico effettuato.

Anche per alcune malattie veneree sono state emanate disposizioni particolari che prevedono la denuncia immediata soltanto nei casi di malattia in fase di contagiosità, la segnalazione di informazioni assunte dal malato relativamente alla eventuale fonte di contagio, omettendo però le generalità.

Infine, è obbligatorio per i medici che hanno in cura pazienti affetti da malattie veneree di tenere un registro nel quale verranno iscritti e numerati progressivamente i pazienti cui è stata diagnosticata la malattia venerea e le cure che sono state apprestate.

Appare il caso di sottolineare che al di fuori della fase di contagiosità, le malattie veneree più diffuse sono già comprese nella classe 2 del DM di Sanità 15.12.1990.

#### Denuncia d'infortuni (in agricoltura, in artigianato e nell'industria)

E' anche questo un obbligo che deriva dal Testo Unico del 1965 per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali e prevede l'obbligo del sanitario che obiettivi l'esistenza di un infortunio di darne comunicazione all'INAIL.

Nel caso di un infortunio in agricoltura la denuncia deve essere inviata entro il giorno successivo, nell'industria entro due giorni e nell'artigianato sollecitamente. Nel caso di un infortunio con esito letale la denuncia dovrà in tutti casi essere inviata entro 24 ore dall'obiettivazione.

#### Denuncia di apparecchi radiologici e di impiego di sostanze radioattive

Chiunque possieda apparecchi radiologici o utilizzi materiale radioattivo deve farne denuncia al Servizio d'Igiene della ASL e al Sindaco entro 10 giorni. Il Prefetto rilascerà, dopo ispezione con esito positivo da parte degli incaricati dalla ASL di pertinenza, il nulla osta per la detenzione delle apparecchiature ovvero del materiale.

## CAPITOLO VIII

### La consulenza tecnica e la perizia

#### 1. Generalità

La perizia e la consulenza tecnica sono elaborati tecnici motivati su fatti di interesse giudiziario a contenuto squisitamente scientifico, utilizzati per una corretta conduzione delle indagini preliminari e del processo.

L'attività peritale è finalizzata all'elaborazione di cognizioni tecnico scientifiche utili e necessarie per l'attività giurisdizionale e può essere utilizzata, a seconda dei casi direttamente dal giudice, dal P.M., dal difensore, dal procuratore delle parti, dall'attore o convenuto.

La perizia e la consulenza tecnica non costituiscono prove ma sono mezzi per la formazione della prova.

La metodologia applicata dall'esperto nella ricerca della verità scientifica non varia a seconda che l'indagine sia compiuta nell'ambito penale o in sede civile. Variano, invece, le norme che regolano l'indagine stessa, dalla nomina dell'esperto, al compimento delle attività, fino al deposito della relazione scritta.

#### 2. La perizia

L'esperto che viene incaricato dal giudice è indicato come perito e l'attività da questi svolta è indicata come perizia.

Il giudice nomina il perito durante il dibattimento o durante l'incidente probatorio, scegliendolo tra quelli presenti negli appositi albi o tra coloro che hanno particolare competenza nella specifica disciplina pur non essendo iscritti negli albi (art. 221 c.p.p., punto I).

Nel caso in cui le indagini e le valutazioni risultino di notevole complessità e richiedano distinte conoscenze scientifiche il giudice può nominare, in base all'art. 221 c.p.p. punto II, più periti che andranno a costituire il Collegio Peritale.

Il perito non può sottrarsi a prestare il proprio ufficio, infatti l'art. 366 c.p. (Rifiuto di uffici legalmente riconosciuti) recita:

*"Chiunque, nominato dall'Autorità giudiziaria perito ... ottiene con mezzi fraudolenti l'esenzione dall'obbligo di comparire o di prestare il suo ufficio è punito..."; inoltre, "... la condanna comporta l'interdizione dalla professione"*

Il perito può astenersi dal prestare il suo ufficio o può essere ricusato dalle parti solo per i seguenti motivi: se ha interesse nella causa, se sono presenti legami di parentela con una delle parti, se ha una causa pendente, in caso di grave e provata inimicizia, nel caso vi siano rapporti di credito/debito con una delle parti, se è tutore, curatore, procuratore, datore di lavoro di una delle parti.

Inoltre, secondo le disposizioni dell'art. 222 c.p.p.:

*"Non può prestare ufficio di perito, a pena di nullità:*

*a) il minorenni, l'interdetto, l'inabilitato e chi è affetto da infermità di mente;*

*b) chi è interdetto anche temporaneamente dai pubblici uffici ovvero è interdetto o sospeso dall'esercizio di una professione o di un'arte;*

*c) chi è sottoposto a misure di sicurezza personali o a misure di prevenzione;*

*d) chi non può essere assunto come testimone o ha facoltà di astenersi dal testimoniare o chi è chiamato a prestare ufficio di testimone o di interprete;*

*e) chi è stato nominato consulente tecnico nello stesso procedimento o in un procedimento connesso"*

Una volta concluse le formalità di conferimento dell'incarico, il perito:

- prende visione di tutti gli atti processuali, dei prodotti dalle parti (fascicolo) (art. 228 c.p.p.);

- assiste all'esame delle parti e all'assunzione di prove nonché può servirsi di ausiliari di sua fiducia per lo svolgimento di attività materiali e non implicanti apprezzamenti o valutazioni (art. 228 c.p.p.);

- indica al giudice il giorno, l'ora ed il luogo dell'inizio delle operazioni peritali (art. 229 c.p.p.).

Secondo l'art. 220 c.p.p. (Oggetto della perizia) *"La perizia è ammessa quando occorre svolgere indagini o acquisire dati o valutazioni che richiedono specifiche competenze tecniche, scientifiche o artistiche"*.

La perizia è, infatti, un elaborato o parere tecnico motivato (è "parere" perché non è vincolante, infatti il giudice può discostarsene adducendone il motivo nella sentenza; è "tecnico" perché è un'indagine tecnica per valutare la prova e non è la prova

stessa; è "motivato" perché il perito non deve limitarsi ad esprimere le sue conclusioni ma deve motivarle e spiegarle dettagliatamente).

La perizia è di norma strutturata in cinque parti:

1° parte:

- incarico, data, luogo e nome del giudice di riferimento;
- quesiti che il giudice ha posto al perito;
- termine che il giudice ha dato al perito per rispondere ai quesiti (il termine massimo è di 90 giorni, prorogabili di altri 30).

2° parte: vengono riportati i fatti e la documentazione sanitaria presente agli atti.

3° parte: vengono riportati gli accertamenti (nel caso di vivente: esami clinici, diagnosi, prognosi; nel caso di cadavere: risultati dell'autopsia, esami di laboratorio, esami anatomico-patologici).

4° parte: considerazioni medico-legali, cioè discussione del perito sugli elementi acquisiti.

5° parte: conclusioni e risposta, scritta od orale, ai quesiti posti dal giudice.

Il vigente Codice di Procedura Penale prevede che il perito risponda oralmente nel dibattimento al giudice, al P.M. ed al difensore dell'imputato, mentre prima si limitava a consegnare la sua perizia scritta al giudice.

Quando il giudice nomina un Collegio Peritale, il difensore di parte ed il P.M. non possono nominare consulenti in numero superiore rispetto a quello dei periti stabiliti dal giudice (art. 225 c.p.p.).

Il perito può essere sostituito se non fornisce il proprio parere nel termine prefissato, se la richiesta di proroga non è accolta o se svolge negligenza l'incarico affidatogli (art. 231 c.p.p.).

E' opportuno ricordare che i periti ed i consulenti tecnici non devono fornire informazioni consapevolmente errate ed infedeli pena le sanzioni previste dall'art. 373 c.p. "Falsa perizia o interpretazione", che recita: *"Il perito o l'interprete che, nominato dall'Autorità giudiziaria, dà parere o interpretazioni mendaci, o afferma fatti non conformi al vero, soggiace alle pene ... La condanna comporta, oltre all'interdizione dai pubblici uffici, l'interdizione dalla professione o dall'arte"*.

### **3. La consulenza tecnica in ambito penale**

Nel corso delle indagini preliminari il P.M. può nominare un esperto che lo assista nell'accertamento di quei fatti per i quali

occorrono particolari cognizioni tecnico-scientifiche. In questi casi l'esperto viene indicato come consulente tecnico e l'attività da lui svolta come consulenza tecnica.

Recita infatti l'art. 359 c.p.p. ("Consulenti tecnici del P.M."):

*"Il P.M., quando procede ad accertamenti, rilievi segnaletici, descrittivi o fotografici e ad ogni altra operazione tecnica per cui sono necessarie specifiche competenze, può nominare ed avvalersi di consulenti, che non possono rifiutare la loro opera. Il consulente può essere autorizzato dal P.M. ad assistere ai singoli atti di indagine"*

Il P.M. sceglie di norma i propri consulenti tra quelli che egli, sulla base della propria fiducia, ritiene competenti e preparati.

Il C.T. (consulente tecnico) una volta nominato non si può sottrarre a prestare la sua opera (art. 366 c.p.) e deve affiancare il P.M. per tutta la durata del processo, collaborando al chiarimento di eventuali dubbi.

Quando gli accertamenti abbiano ad oggetto materiale deperibile o che possa subire modificazioni sostanziali per cui le indagini tecniche, una volta espletate non possono essere ripetute, la consulenza tecnica deve essere disposta secondo quanto previsto dall'art. 360 c.p.p. ("Accertamenti tecnici non ripetibili"), per il quale: *"Quando gli accertamenti previsti dall'art. 359 riguardano persone, cose o luoghi il cui stato è soggetto a modificazione, il P.M. avvisa, senza ritardo, la persona sottoposta alle indagini, la persona offesa del reato ed i difensori del giorno, dell'ora e del luogo fissati per il conferimento dell'incarico e della facoltà di nominare consulenti tecnici"*.

Il C.T. dovrà presentare una relazione scritta e depositarla presso l'ufficio del P.M. nel termine prescritto.

Quando nel corso del processo viene disposta una perizia il Pubblico Ministero o il difensore dell'imputato possono richiedere l'intervento di un esperto (art. 225 c.p.p.) che, attraverso le sue specifiche competenze tecniche e scientifiche, consenta di acquisire elementi idonei al raggiungimento della verità affiancando l'opera del perito.

I C.T. del difensore dell'imputato e del P.M. lavorano indipendentemente e possono partecipare alle indagini del perito, proponendogli specifiche indagini e formulando osservazioni o riserve, delle quali deve darsi atto nella relazione finale, secondo l'art. 230 c.p.p..

Il C.T. dell'imputato può esporre direttamente al giudice le sue valutazioni e, se viene nominato alla fine delle operazioni peritali, può prendere visione della perizia e riesaminare le persone, i fatti o le cose analizzati dal perito.

#### 4. La consulenza tecnica in ambito civile

Nell'ambito civile l'esperto incaricato dal giudice è indicato come "consulente tecnico d'ufficio" (C.T.U.) e l'opera da questi svolta viene indicata come "consulenza tecnica d'ufficio".

L'art. 61 c.p.c. ("Consulente tecnico") stabilisce che all'occorrenza *"Il giudice può farsi assistere per il compimento dei singoli atti o per tutto il processo da uno o più consulenti di particolare competenza tecnica. La scelta dei consulenti tecnici deve essere normalmente fatta tra le persone iscritte in speciali albi"*, divisi per categorie e tenuti dal Presidente del Tribunale.

A questi albi ci si può iscrivere tramite un'apposita domanda da rinnovare ogni quattro anni.

Se il C.T.U. viene scelto tra i nominativi presenti nell'albo professionale ha l'obbligo di prestare il suo ufficio (art.63 c.p.c.) e, nell'udienza di comparizione, deve giurare di adempiere bene e fedelmente all'incarico affidatogli dal giudice (art.193 c.p.c. "Giuramento del consulente").

Anche nell'ambito civile le parti possono farsi rappresentare dai difensori e da propri consulenti (art.201 c.p.c. "Consulente tecnico di parte") i quali possono presentare al C.T.U. osservazioni ed istanze, possono partecipare alle operazioni di indagine del consulente del giudice, possono intervenire in udienza o in camera di consiglio ogni volta che vi compare il C.T.U..

Il C.T.U., come abbiamo già visto, può astenersi o può essere ricusato dalle parti (art.63 c.p.c. "Obbligo di assumere l'incarico e ricusazione del consulente") per i seguenti motivi: se ha interesse nella causa, se sono presenti legami di parentela con una delle parti, se ha causa pendente, per grave inimicizia, per rapporti di credito/debito con una delle parti, se è tutore, curatore, procuratore, datore di lavoro di una delle parti.

Per queste motivazioni il C.T.U. può astenersi dall'incarico facendo istanza al giudice che l'ha nominato almeno tre giorni prima dell'udienza di comparizione, nello stesso termine le parti debbono proporre le loro istanze di ricusazione (art. 192 c.p.c. "Astensione e ricusazione del consulente").

Se, invece, viene nominato un C.T.U. non inserito nell'apposito albo, questi non deve prestare obbligatoriamente il suo ufficio, ma ha comunque l'obbligo di fare istanza al giudice almeno tre giorni prima dell'incarico, se decide di astenersi.

Il C.T.U.:

- viene avvisato dal giudice quando cominciare il proprio lavoro;
- informa il giudice sulla data di inizio delle operazioni peritali;
- svolge le indagini da solo o insieme col giudice (art. 194 c.p.c.);
- assiste alle udienze alle quali è invitato dal giudice (art. 194 c.p.c.);
- assiste alla discussione davanti al collegio ed esprime il suo parere in camera di consiglio in presenza delle parti previo invito del presidente (art. 197 c.p.c.);
- può essere autorizzato a domandare chiarimenti alle parti, ad assumere informazioni da terzi ed a eseguire piante, calchi e rilievi (art. 194 c.p.c.);
- presenta la sua consulenza tecnica scritta in carta bollata e la deposita in Cancelleria nel termine fissato nell'udienza di conferimento dell'incarico (art. 195 c.p.c.);
- offre all'occorrenza chiarimenti in merito alle proprie conclusioni (artt. 62 e 195 c.p.c.).

Il giudice può muovere delle critiche al C.T.U., può allontanarlo se vengono commessi degli errori, può sostituirlo per negligenza o imperizia, poiché, secondo l'art. 196 c.p.c. ("Rinnovazione delle indagini e sostituzione del consulente"),

*"Il giudice ha sempre la facoltà di disporre la rinnovazione delle indagini e, per gravi motivi, la sostituzione del consulente tecnico".*

La suddivisione in parti della consulenza tecnica d'ufficio è del tutto sovrapponibile a quella indicata per la perizia.

## CAPITOLO IX

### La cartella clinica

#### 1. Caratteristiche della cartella clinica

La cartella clinica può essere definita come il fascicolo che contiene i dati personali, le notizie anamnestiche, l'obiettività clinica, i risultati delle indagini di laboratorio e strumentali, e le terapie praticate del paziente durante il ricovero ospedaliero.

L'importanza di tale documento è molteplice: dal punto di vista clinico prima di tutto, in quanto, racchiudendo la diagnosi e le annotazioni terapeutiche, è un fondamentale strumento per la tutela della salute del paziente; sotto il profilo medico-legale, per la sua efficacia probatoria, per il suo valore tecnico-scientifico e per l'attestazione in esso contenuta del consenso informato; nonché sotto il profilo della raccolta di dati di carattere scientifico e statistico-sanitario.

Dal punto di vista normativo e legislativo non è previsto che la cartella clinica ospedaliera abbia una specifica strutturazione, tant'è che ogni nosocomio ne ha creata una sua propria.

Il D.P.R. n. 128 del 27 marzo 1969, relativo all'ordinamento interno dei servizi ospedalieri, precisa alcune norme circa la corretta compilazione e la conservazione delle cartelle cliniche negli ospedali.

In particolare nell'art. 7, definendo le attribuzioni dei primari, aiuti ed assistenti, è indicato che il primario è responsabile della compilazione e della conservazione della cartella clinica fino alla consegna all'archivio, dove la vigilanza passa al direttore sanitario.

Per quanto riguarda le case di cura private non convenzionate, nel Decreto Ministeriale del 27 giugno 1986 che ne regola i requisiti, è precisato all'art. 35 che per ogni ricoverato sia compilata una cartella clinica nel quale risultino:

*“le generalità complete, la diagnosi di entrata, l'anamnesi familiare e personale, l'esame obiettivo, gli esami di laboratorio e specialistici, la diagnosi, la terapia, gli esiti e i postumi”.*

Questa cartella deve essere firmata dal medico curante e sottoscritta dal medico responsabile del raggruppamento, avere un numero progressivo, essere conservata, come atto pubblico, a cura

della direzione sanitaria ed esibita a richiesta degli organi incaricati della vigilanza.

In caso di cessazione dell'attività della casa di cura, le cartelle cliniche devono essere depositate presso il Servizio di Medicina Legale della ASL competente per territorio.

## 2. Struttura della cartella clinica

Le cartelle cliniche sono fundamentalmente strutturate in tre parti fondamentali. Nella prima parte vengono riportati tutti i dati di interesse statistico quali quelli identificativi del paziente: nome, dati anagrafici, professione, ecc. E' importante che sia annotata oltre alla data del ricovero e della dimissione anche l'ora dell'entrata e di uscita dal reparto del paziente. La diagnosi di entrata non è necessario che sia ben precisa, ma è sufficiente che rispecchi il primo indirizzo diagnostico dei sanitari, mentre per la diagnosi di dimissione, che viene formulata all'uscita ed è basata sui risultati di tutte le indagini effettuate durante il ricovero, è richiesta maggiore precisione.

La seconda parte della cartella clinica si apre con la raccolta delle anamnesi (familiare, fisiologica, patologica remota e prossima). In caso di paziente in età pediatrica, per ricavare la storia clinica ci si rivolge ai genitori, ma se l'età lo consente è buona norma trascrivere anche il racconto così come è riferito dal bambino. Non va dimenticato mai di annotare eventuali forme allergiche e le terapie praticate nell'ultimo periodo.

Punto fondamentale di questa seconda parte è l'esame obiettivo del paziente all'entrata in reparto, che dovrà essere completo ed accurato, in quanto poi durante il ricovero, nella diaria, saranno riportate le varie modificazioni che via si manifestano.

L'esame obiettivo eseguito all'entrata in reparto è fondamentale per ricavare le notizie per la ricostruzione della vicenda clinica del paziente e deve essere trascritto nella maniera più scrupolosa possibile. In caso di risvolti giudiziari, potrebbe essere necessario ripetere l'esame obiettivo anche ad una certa distanza di tempo.

In genere alla fine dell'esame obiettivo il dirigente del reparto trascrive l'inquadramento diagnostico del caso, prescrivendo gli esami specialistici ed i presidi terapeutici iniziali.

Nella diaria, la terza parte, vengono riportati giornalmente tutti i parametri fondamentali del paziente, la terapia e le modificazione dello status. E' di fondamentale importanza che sia scritta in modo

assai leggibile e che le annotazioni siano eseguite contestualmente. Nella cartella clinica devono infine essere riportati tutti gli esami di laboratorio e strumentali eseguiti, nonché le annotazioni di carattere specialistico.

Premesso, come è stato detto, che al dirigente del reparto spetta la responsabilità della compilazione, è da sottolineare che lui è responsabile non solo delle proprie annotazioni, ma anche di quelle dei suoi collaboratori, in quanto ad egli spetta di vigilare non solo sugli atti formali contenuti in cartella, ma soprattutto sul contenuto tecnico stesso.

### 3. Valore giuridico della cartella clinica

Dal punto di vista giuridico molto si è discusso se la cartella clinica sia un atto pubblico vero e proprio o, viceversa, un mero documento ospedaliero a contenuto tecnico-sanitario; distinzione questa fondamentale per le conseguenze di natura penale che possono derivare da una non corretta compilazione.

La giurisprudenza della Corte di Cassazione, in accordo con la dottrina medico-legale, considera la cartella clinica come un atto pubblico, proveniente da un pubblico ufficiale, per cui ciò che vi è contenuto è sotto il vincolo della verità.

Questo sul piano giuridico comporta alcune conseguenze penali; in particolare l'applicabilità ai sanitari degli articoli 479 e 476 del codice penale, rispettivamente: "Falsità ideologica, commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici" e "Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici".

In aggiunta, definendo la cartella un atto pubblico, divengono operanti anche gli articoli 328 c.p. "Omissione o rifiuto di atti d'ufficio" e 326 c.p. "Rilevazione di segreti di ufficio".

Per quanto attiene le case di cura private, non convenzionate con le ASL, la qualificazione giuridica della cartella clinica rimane quella di un promemoria privato e non di un atto pubblico, per il fatto che chi la compila ricopre la funzione di un esercente un servizio di pubblica necessità, ma non ha la qualifica di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio.

Da quanto sopra si comprende come è fondamentale che la cartella clinica venga scritta in maniera chiara in modo che altre persone la possano leggere con facilità e che il medico apponga di seguito ad ogni sua annotazione, fatta esclusivamente durante il ricovero, la propria firma.

Se da una parte è concesso che le annotazioni routinarie possono essere trascritte entro la giornata qualora l'attività di reparto sia particolarmente frenetica, per i fatti clinici rilevati che evolvono in breve tempo, la giurisprudenza pretende che la registrazione sia fatta comunque entro limiti temporali assai ristretti.

La Corte di Cassazione ha precisato che eventuali correzioni (esclusi gli errori materiali), modifiche ed aggiunte, anche se eseguite per ristabilire la verità, non possono essere fatte pena l'integrazione del reato di falso.

La sentenza fonda questa sua affermazione sottolineando che la cartella clinica è un atto pubblico e che pertanto, come un qualsiasi verbale pubblico, ogni annotazione esca dalla disponibilità del suo autore nel momento stesso in cui la singola annotazione viene registrata.

Una volta dimesso il paziente le cartelle cliniche vengono conservate illimitatamente nell'archivio centrale dell'ospedale. Le radiografie in esse contenute, non rivestendo il carattere di atti ufficiali, vengono invece conservate per un periodo limitato di 20 anni.

## CAPITOLO X

### L'omissione di soccorso

#### 1. Generalità

L'art. 593 c.p. stabilisce che:

*"Chiunque, trovando abbandonato o smarrito un fanciullo minore di anni dieci, o un'altra persona incapace di provvedere a se stessa, per malattia di mente o di corpo, o per vecchiaia o per altra causa, omette di darne immediato avviso all'Autorità, è punito con la reclusione fino a tre mesi, o con la multa fino a lire seicentomila.*

*Alla stessa pena soggiace chi, trovando un corpo umano che sia o sembri inanimato, ovvero una persona ferita o in pericolo, ometta di prestare l'assistenza occorrente o di darne immediato avviso all'Autorità specifica.*

*Se da siffatta condotta del colpevole deriva una lesione personale, la pena è aumentata; se ne deriva la morte, la pena è raddoppiata".*

Questo articolo di legge tratta un obbligo generico che riguarda tutti i cittadini. Tuttavia, poiché con il termine "assistenza" si intende ciò che l'individuo sa e può fare, si intuisce la maggiore responsabilità di chi ha conoscenze in ambito medico specie se comprovate da precisi titoli di studio (Laurea in Medicina, Laurea in Odontoiatria, altre lauree sanitarie).

Il termine "trovare" è oggetto di diverse interpretazioni: alcuni sostengono che vada inteso come l'imbattersi fisicamente in colui che richiede soccorso, mentre altri ritengono che la sola informazione della presenza nelle immediate vicinanze di un malato o ferito obblighi il soccorritore ad intervenire. Di conseguenza rimane incerto se il requisito topografico, e quindi la materialità dell'incontro, rappresenti un elemento indispensabile per il configurarsi del reato.

Il soccorso deve essere adeguato alla gravità del caso e alla preparazione di chi lo esegue.

La persona che presta soccorso può decidere di ricorrere all'assistenza pubblica (guardia medica, pronto soccorso...), se per

ragioni di tempo o di valutazione della patologia capisce che si può usufruire del servizio pubblico. Ma se si accorge che l'evento è a rapida evoluzione, il soccorritore deve da solo prestare soccorso.

L'omissione di soccorso è un atto antigiuridico in quanto viola un precetto penale e pertanto costituisce reato.

Se per il libero professionista l'obbligatorietà del soccorso è dettata solo dall'articolo di cui sopra, per il medico che riveste la qualifica di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio esiste anche l'art. 328 c.p. "Omissione o rifiuto di atti d'ufficio": *"Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da 6 mesi a 2 anni."*

Pertanto, medici ed odontoiatri devono interpretare l'omissione di soccorso non per la loro posizione di liberi cittadini, ma per la loro posizione di "esercenti un servizio di pubblica necessità".

L'omissione di soccorso è considerata una mancanza gravissima anche nell'ambito della deontologia, secondo cui l'obbligo di intervento è tra i doveri generali del medico. Essendo il dovere di curare deontologicamente insito nella natura della professione, il medico deve, al di là delle sue funzioni e specializzazioni, in qualunque luogo o circostanza venga a trovarsi, prestare le cure d'urgenza a persona inferma per la quale non sia possibile assicurare tempestivamente altra assistenza.

## CAPITOLO XI

### La responsabilità professionale

#### 1. Generalità

Quando si parla di responsabilità si fa necessariamente riferimento a quell'obbligo generico di rispondere socialmente delle conseguenze derivanti direttamente o indirettamente dalle proprie azioni che scaturiscono dai rapporti intrattenuti con uno o più soggetti componenti il tessuto sociale.

Anche nell'ambito della responsabilità professionale medica si è chiamati a rispondere giuridicamente delle conseguenze negative del proprio comportamento messo in atto nella dialettica del rapporto che intercorre tra medico e paziente basato su un vero e proprio contratto.

E' bene conoscere gli aspetti peculiari della responsabilità professionale soprattutto nell'esercizio di attività mediche specialistiche, come quella odontoiatrica, in cui il contenzioso per danni iatrogeni è ormai di frequente riscontro.

La prestazione d'opera professionale dell'odontoiatra soggiace alle stesse regole che valgono per le prestazioni mediche in generale.

La prestazione medica si basa il più delle volte su un accordo di tipo contrattuale tra il medico ed il paziente o, come nel caso della prestazione orto-pedodontica, tra il medico ed il legale rappresentate del minore il quale agisce in nome e per conto del minore avendo riguardo all'esclusivo interesse dello stesso.

Il contratto professionale che, è bene precisarlo subito, ha come contenuto l'obbligazione di mezzi e non di risultati, si basa su dei presupposti essenziali e comporta obblighi per entrambi i contraenti.

Presupposti irrinunciabili del contratto sono la fiduciarità e l'impiego della diligenza nell'adempimento contrattuale. La fiduciarità è un elemento che condiziona l'essenza stessa del rapporto contrattuale di cura: non vi può essere prestazione sanitaria se non c'è fiducia totale ed assoluta del paziente nei confronti del medico; peraltro è di tutta evidenza che chi decide di affidare nelle mani del medico la propria salute e talvolta la propria

vita lo fa soltanto se nutre fiducia, non solo sulle capacità tecniche del medico, ma anche su quelle umane e sociali.

Per questo la fiduciarità riconosce come corollari essenziali la coscienza diligente del medico e la sua riservatezza; da quest'ultima l'obbligo del medico di mantenere il segreto su tutto quanto attiene e pertiene al malato. Quest'ultimo argomento è stato oggetto di apposita trattazione nel capitolo IV.

Con il contratto di cura sia il medico che il malato assumono degli obblighi: il medico si impegna ad utilizzare, nell'esecuzione della prestazione sanitaria, il meglio delle sue conoscenze scientifiche, frutto di un costante, moderno ed adeguato aggiornamento; il tutto con la diligenza che richiede la delicatezza della prestazione d'opera sfruttando nel migliore dei modi le proprie capacità.

Il malato si impegna al rispetto del medico, all'osservanza delle prescrizioni terapeutiche, non solo di carattere farmacologico, alla massima collaborazione ed infine a soddisfare l'onorario professionale.

Dall'inosservanza degli obblighi e degli impegni di cui sopra da parte del medico, e quando da ciò scaturisce un errore professionale causativo di un danno, sorge la responsabilità professionale.

Il termine responsabilità professionale, nella sua accezione tecnica, fa riferimento ad una responsabilità di tipo giuridico, segnatamente penale e civile. Ma a nessuno può sfuggire che l'opera del medico ed il suo rapporto con il paziente vanno oltre ad una necessaria connotazione giuridica, ponendosi in un comparto dei rapporti umani regolato dalle leggi, anche una significativa implicazione della sfera morale che non può essere ignorata in quanto coinvolge in tutto le altre configurazioni del rapporto.

Pertanto, al di là delle responsabilità giuridiche, il medico e l'odontoiatra hanno una responsabilità di tipo etico e devono rispondere davanti alla società del profilo morale del proprio comportamento professionale.

Il medico-odontoiatra, poi, come tutti gli altri medici, è iscritto in una struttura ordinistica professionale, e in alcuni casi lavora alle dipendenze di un ente pubblico, per cui dobbiamo altresì ricordare che egli ha pure una responsabilità deontologica ed una disciplinare.

In sintesi possiamo dire che la responsabilità, cioè l'obbligo di rispondere delle conseguenze dei propri atti, che ha il medico e, nel nostro caso specifico, l'odontoiatra può essere di diversi tipi:

- etica;

- disciplinare;
- deontologica;
- giuridica.

Tratteremo brevemente di alcuni aspetti della responsabilità morale e disciplinare, per poi soffermarci sulla responsabilità professionale sotto il profilo giuridico, penale e civile.

## 2. La responsabilità etica

Dire che la professione del medico è una missione può suonare stonato nel contesto sociale odierno in cui l'evoluzione dei tempi e l'enorme processo tecnologico hanno finito per sottrarre gran parte della componente umanitaria al rapporto medico-paziente. Tuttavia nell'opera del medico non si può disconoscere un irrinunciabile fondamento morale senza il quale l'esercizio stesso della professione non sarebbe possibile.

Il medico, infatti, deve svolgere la sua professione con il costante richiamo ai doveri di umanità insiti nella stessa ed alle norme etiche del diritto naturale che ovviamente non sono e non possono essere scritte. Ciò significa che la maggior parte delle situazioni che scaturiscono dal rapporto tra il medico ed il paziente, lungi dal trovare soluzioni in una norma del diritto positivo, riconoscono nella coscienza del medico l'unica fonte di riferimento. Trascurare i dettami della coscienza, intesa quale manifestazione soggettiva degli immutabili principi del diritto naturale, porta ad un comportamento caratterizzato da abusi, scorrettezze, manchevolezze, talvolta persino disumanità; comportamento che certamente non potrà essere punito come tale in quanto non espressamente previsto da norme deontologiche né giuridiche ma che fa sorgere un'indubbia responsabilità morale.

Il giudice che si dovesse trovare a valutare il comportamento antiggiuridico del medico non potrà non tenere conto, in negativo, nell'applicazione della sanzione, ma anche nella formazione del proprio libero convincimento, del fatto che quell'azione antiggiuridica compiuta dal medico sia scaturita da un comportamento moralmente riprovevole, in aperto contrasto con i dettami dell'etica universalmente riconosciuta.

Nel momento, poi, in cui un comportamento eticamente scorretto integra l'inosservanza di norme deontologiche o violazioni previste dal codice penale e civile si parlerà di responsabilità deontologica, ovvero giuridica del medico.

### 3. La responsabilità disciplinare

Il medico che operi nell'ambito di una struttura sanitaria organizzata, come è quella di un ente pubblico ospedaliero, deve sottostare alla responsabilità disciplinare. Si intende sotto questa dizione comprendere tutte quelle situazioni che scaturiscono dalla mancata osservanza di norme, regolamenti, ordini legittimamente impartiti che caratterizzano il rapporto di dipendenza in una struttura gerarchicamente organizzata.

Il potere disciplinare spetta agli organi previsti dalle apposite norme di diritto amministrativo che regolano il funzionamento degli enti e delle strutture sanitarie.

Dall'accertamento di un titolo di responsabilità disciplinare scaturisce l'erogazione di una sanzione disciplinare la cui natura ed entità deve essere espressamente prevista dalla normativa. Il processo disciplinare e l'eventuale sanzione possono essere soggetti a contestazione mediante il ricorso alle procedure gerarchiche amministrative e, successivamente, agli organi del giudizio amministrativo (TAR e Consiglio di Stato).

### 4. La responsabilità deontologica

Si intende per responsabilità deontologica quella che scaturisce dalla inosservanza delle norme contenute nel Codice Deontologico.

Anche se i doveri deontologici corrispondono in genere a quelli cosiddetti legali, c'è una differenza basilare tra le norme giuridiche e quelle etiche in quanto le prime sono precetti imperativi, mentre le seconde non prevedono sanzioni particolareggiate in caso di mancato rispetto.

Per la responsabilità deontologica infatti non esiste, come abbiamo già visto, un organo disciplinare-repressivo, ma solo una serie di sanzioni amministrative che l'ordine dei medici può decidere di applicare sulla base di una valutazione generale dell'operato del medico.

### 5. La responsabilità giuridica

Gli elementi costitutivi della responsabilità professionale sono tre:

### 1) La condotta colposa

La condotta professionale del medico si definisce colposa, e rappresenta uno degli elementi costitutivi della responsabilità professionale, quando, del tutto involontariamente, il sanitario commette un errore tecnico o per imperizia o per imprudenza o per negligenza; l'errore può altresì derivare dall'inosservanza di leggi, regolamenti ordini e discipline. Nel primo caso si parlerà di colpa generica mentre nel secondo caso di colpa specifica.

E' importante questa distinzione tra le due "categorie" di colpe poiché ne deriva un effetto pratico di rilievo per il medico; nel senso che nei casi in cui si attribuisca a quest'ultimo un errore a titolo di colpa generica, ci potrà essere modo di discutere sulle connotazioni della prudenza, della perizia, della diligenza, con il risultato pratico che il medico avrà maggiori possibilità di difendersi dimostrando nei fatti che realmente non c'è stata sostanziale imperizia, o imprudenza, o negligenza, e le probabilità di uscire dal processo riconosciuto esente da colpe sono sicuramente più apprezzabili. Nei casi, invece, in cui al medico viene imputata una "inosservanza" basterà all'accusa dimostrare che questa tecnicamente c'è stata senza possibilità alcuna, per il medico, di poter dimostrare che essa non costituiva realmente un errore tecnico apprezzabile.

La condotta professionale colposa, quindi, è caratterizzata dall'errore tecnico che si commette nel corso della prestazione sanitaria sia in fase diagnostica che terapeutica.

L'errore può derivare da un comportamento commissivo ovvero da uno omissivo; quest'ultimo consiste sostanzialmente nel non fare ciò che si ha l'obbligo giuridico di fare. La legge penale, come abbiamo già visto, equipara, sul piano delle obbligazioni penali, le due categorie comportamentali in forza dell'art. 41 c.p., 2° comma. Vedremo più avanti quanto sia più pericoloso per il medico, ai fini della dimostrazione della connessione causale tra condotta e danno, un comportamento omissivo piuttosto che uno commissivo erroneo.

Nozione di errore. Non è agevole dare una definizione netta di errore professionale che soddisfi tutte le esigenze interpretative che scaturiscono da ogni fattispecie di situazione con la quale si confronta quotidianamente il medico.

Esiste un errore che noi potremmo definire "naturalistico" ed un errore "giuridicamente rilevante"; le due categorie non coincidono agli effetti della condotta colposa, anzi sono tra loro separate da una profonda differenza, riconducibile all'elemento psicologico dell'errore. In realtà ai fini della responsabilità professionale errore

è solo quello giuridicamente rilevante mentre l'altro, quello naturalistico, non può essere neppure definito tale.

La dottrina medico legale, per identificare l'unica categoria di errore rilevante ai fini della colpa, ha coniato il termine di "errore scusabile" con il quale identificare l'errore naturalistico; il quale, a rigore, per il fine che qui interessa, non potrebbe neppure essere definito "errore".

L'errore naturalistico è quello che il medico commette, con coscienza e volontà, e rappresenta una realtà obiettiva indiscutibile, universalmente riconosciuta. Nessuno potrebbe discutere sulla ricorrenza dell'errore nel caso in cui, per esempio, un odontoiatra non riconoscesse un processo infettivo di tipo ascessuale in un paziente portato alla sua osservazione. E' evidente che l'errore c'è stato, poiché si è dimostrato, al di là di ogni ragionevole dubbio scientifico, che l'ascesso c'era; ed è chiaro che il fatto comportamentale del medico, a fronte degli accadimenti del mondo esterno, non può che essere definito errore; errore naturalistico quindi.

Ma ci si deve chiedere: quell'errore ha una rilevanza giuridica? La risposta è sicuramente positiva per quanto attiene alla sua efficienza causale nella produzione dell'evento dannoso, per esempio batteriemia successiva a mancanza di un controllo antibiotico dell'infezione, sempre che ciò sia dimostrabile scientificamente. La risposta è meno sicura per quanto attiene la rilevanza dell'errore ai fini della colpa: per questo è necessario dimostrare che quell'errore, quel medico, in quelle condizioni, di fronte a quel quadro sintomatologico ed anamnestico, non l'avrebbe dovuto fare. Ecco quindi che si entra nella sfera dell'elemento psicologico dell'errore: la posizione mentale del medico di fronte al caso assume assoluto rilievo poiché solo un comportamento che per imperizia non abbia saputo valutare i sintomi, così come avrebbe fatto la maggior parte dei medici, che per imprudenza non abbia voluto e/o saputo prevedere l'evoluzione del caso o abbia voluto usare un procedura diagnostica non sufficientemente sperimentata, che per negligenza non si sia curato di valutare adeguatamente il paziente, solo questo comportamento assume dignità di errore giuridicamente rilevante, poiché il comportamento erroneo è frutto di un rapporto psichico del medico con il caso, e più precisamente con la sua valutazione.

Al contrario, se il corredo sintomatologico del paziente era talmente peculiare da non poter essere valutato correttamente da nessun medico di cultura, preparazione specialistica ed esperienza

sovrapponibile alla media dei medici, ovvero la sintomatologia non c'era o non era rilevabile, allora certamente non si tratterà di errore rilevante giuridicamente, non ci sarà colpa e, quindi, non ci sarà responsabilità professionale. Benché nessuno potrà negare l'errore, quello naturalistico, obiettivamente riscontrabile anche "ex post", esso non sarà rilevante per il diritto, sarà cioè un errore "scusabile".

L'errore, di cui sia stata stabilita la rilevanza giuridica, può essere commesso dal medico-odontoiatra sia in fase diagnostica che in quella terapeutica.

L'errore diagnostico discende dalla non adeguata valutazione dei sintomi, dalla mancata evidenziazione di quelli di essi che erano talmente evidenti da non poter essere ignorati dalla maggior parte dei medici specialisti, dalla scarsa, incompleta e non caratterizzante raccolta anamnestica, dall'erronea o superficiale valutazione, o sottovalutazione, della storia clinica del paziente emergente da una corretta e specifica anamnesi.

Naturalmente quando si parla di responsabilità professionale in odontoiatria vogliamo qui riferirci all'esercizio professionale specialistico che, diversamente dalla medicina generica, dovrebbe avere capacità professionali più specifiche, idonee ed adeguate ad affrontare i quadri patologici odontostomatologici.

L'errore terapeutico, specie in ambito chirurgico, è numericamente superiore a quello diagnostico; esso non è totalmente condizionato e discendente da quello diagnostico.

Abbiamo sin qui discusso dell'essenza dell'errore ed abbiamo connotato le categorie di errore; occorre ora soffermarci sulle motivazioni dell'errore, sui motivi cioè che portano il medico-odontoiatra a commettere un errore nell'ambito di un rapporto professionale di cura.

Si è detto poc'anzi come l'errore possa discendere da un comportamento connotato da imperizia, imprudenza, negligenza ovvero inosservante delle leggi, regolamenti ordini o discipline.

Per quanto attiene quest'ultima tipologia comportamentale, basterà ricordare che per leggi si intendono tutte quelle emanate dagli organi legislativi che fanno parte della raccolta generale delle leggi dello Stato verso le quali esiste, per ogni cittadino, l'obbligo di osservanza. Alle leggi sono assimilati i decreti legge, i decreti legislativi, i decreti ministeriali, i decreti emanati, nell'ambito della loro autonomia, da autorità varie che ne hanno facoltà, come per esempio i Rettori delle Università. I regolamenti sono strumenti operativi, spesso emanati per dare pratica attuazione alle leggi, ma

possono essere anche uno strumento normativo del Governo od anche di autorità varie, spesso destinato ad avere valore solo nell'ambito di una singolo ente, sia pubblico che privato. Gli ordini sono quelli legittimamente impartiti da chi ne abbia l'autorità; sono ordini legittimi, purché non siano *contra legem* o contro la morale comune o il buon costume, quelli impartiti nell'ambito di una organizzazione gerarchica; per esempio quelli impartiti dal primario (ora dirigente di II livello) di un reparto ospedaliero. Infine le discipline sono tutte quelle norme, avvertenze, modalità, che devono essere rispettate nell'esercizio pratico delle singole attività professionali; per esempio, nel campo sanitario, rientrano nell'ambito delle discipline le avvertenze e le modalità di uso che accompagnano l'utilizzo dei farmaci o di strumenti.

Ci sembra più importante soffermarci sul significato di imperizia, di imprudenza, di negligenza che connotano la colpa generica.

Imperizia: il non saper fare, la mancanza di cultura e di preparazione medica, generica e/o specialistica, l'ignoranza totale o parziale della materia su cui si opera, la mancanza di esperienza propria, l'incapacità di usufruire dell'esperienza altrui, rappresentano i presupposti per un comportamento imperito.

Il medico non deve fare ciò che non sa fare, non deve cimentarsi in un campo in cui non ha acquisito sufficiente pratica e padronanza della materia. E' vero che la legge pone a carico del laureato in Medicina e Chirurgia la presunzione assoluta che egli ha tutte le conoscenze che fanno parte delle discipline del corso di laurea e che deve saperle applicare sia in ambito medico che chirurgico; ma è altrettanto vero che detta presunzione legale è tanto utopistica quanto anacronistica specie in un'epoca in cui la medicina è esercitata in forme non solo specialistiche ma addirittura ultraspecialistiche. Per cui è opportuno che il medico dichiari la propria incompetenza specifica in un determinato settore della medicina che non conosce o che non ha mai praticato, astenendosi quindi dall'operare, anziché dimostrare la propria ignoranza in materia ed esporsi ad un comportamento giuridicamente censurabile.

Imprudenza: si intende con questo termine una qualità della persona che opera agendo male e non prevedendo correttamente. Il termine corrispettivo di prudenza deriva per abbreviazione da quello di previdenza che sta appunto a significare la capacità di prevedere l'evoluzione delle situazioni nelle quali ci si trova, operare quindi scelte corrette e finalizzate al meglio, identificando gli strumenti più idonei per raggiungerlo.

In ambito sanitario la prudenza del comportamento del medico si manifesta attraverso la capacità di prevedere, possedendo evidentemente le adeguate conoscenze, la evoluzione negativa che possono avere i quadri patologici o gli stati morbosi, ponendovi prontamente rimedio. La prevedibilità dell'evento negativo è, ovviamente limitata a ciò che è umanamente prevedibile con le conoscenze che si hanno in materia e che il medico che si trova ad operare deve avere.

E', pertanto, imprudente il medico che si avventura in pratiche diagnostiche o terapeutiche poco ortodosse, non sufficientemente sperimentate o verso le quali egli non ha sufficiente dimestichezza.

Attua un comportamento sicuramente imprudente quel medico che si confronta con il problema, lo valuta coscientemente e con la dovuta preparazione, ma decide di operare anche se ha la coscienza che un agire spavaldo potrebbe comportare dei rischi per il paziente.

Negligenza significa, secondo la traduzione letterale dal latino, trascuratezza, noncuranza, indifferenza, nessuna cura, mancanza di riguardo, indifferenza. Quindi, un comportamento connotato da negligenza è quello che trascura di fare ciò che dovrebbe fare, che non presta alcuna cura alle cose da fare e che è ad esse indifferente; è, in altri termini, un comportamento sostanzialmente omissivo.

Il comportamento omissivo, che è il risultato di scarsa dedizione al lavoro che si sta facendo, rappresenta quello di maggiore allarme per la collettività sensibile alla bontà dell'assistenza sanitaria, poiché denota preoccupanti carenze etiche del medico; di conseguenza un comportamento colposo per negligenza troverà sempre meno comprensione nelle aule di Giustizia dove, si potrà scusare l'imperizia, forse anche l'imprudenza, ma sicuramente non si avrà clemenza alcuna per il medico che, pur essendo per altri versi bravo, preparato, prudente, dimostra, trascurandolo, disprezzo umano per il proprio paziente.

La condotta colposa, si è visto, è tale in quanto è connotata, come dice l'art. 43 c.p., da negligenza o imprudenza o imperizia. E' interessante rilevare che nella formulazione della legge è stata usata la congiunzione "o" per unire i tre attributi della condotta colposa, come se queste tre connotazioni del comportamento umano potessero contemporaneamente realizzarsi e convivere. Noi riteniamo che non sia così, in ciò confortati non solo dalla lettura della legge, (art. 12 delle Disposizioni sulla legge in generale), ma anche e soprattutto dall'analisi delle motivazioni del comportamento umano, del medico nel nostro caso.

Il ragionamento è semplice: se diciamo che una condotta professionale è connotata da imperizia intendiamo che il medico si è posto davanti al problema, diagnostico e/o terapeutico, lo ha esaminato, ha cercato di comprenderlo e di risolverlo ma non c'è riuscito perché non aveva cultura sufficiente e quindi diremo che quel medico è stato imperito, ma non certo imprudente né tanto meno negligente perché, non comprendendo il problema, per ignoranza, non poteva certamente attuare alcuna procedura diagnostica e/o terapeutica azzardata; e se si è posto davanti al problema, un'attività l'ha fatta e quindi non si potrà dire che è stato trascurato, cioè negligente.

Se poi diciamo che un medico è stato imprudente, significa che il problema lo ha affrontato, lo ha esaminato, lo ha compreso, e quindi è stato perito, ma ha scelto una via operativa azzardata perché poco sperimentata o perché da lui poco praticata; in questo caso non ci sarà imperizia ma non ci sarà neppure negligenza perché questo medico una attività l'ha fatta e quindi si è mostrato attivo nei confronti del paziente.

Infine, se diciamo che un medico è stato negligente dobbiamo, coerentemente con il significato della parola, ritenere che egli non abbia fatto alcuna attività, non si è affatto posto di fronte al problema e quindi non può aver manifestato né ignoranza, né imprudenza; ed allora se la condotta è connotata da negligenza non lo potrà essere anche da imperizia o da imprudenza.

## 2) Il danno ingiusto

E' considerato tale quel danno che il paziente non avrebbe dovuto avere, considerata la sua patologia, l'entità e la natura dell'intervento, le condizioni in cui si è operato e la preparazione specifica del medico. Quindi, non qualsiasi danno, oggettivamente identificabile per tale, come quelli che spesso si concretizzano nella pratica medica sono considerati danni necessari e non altrimenti evitabili per raggiungere il fine primario della guarigione del paziente; ma solo quei danni che, in quanto evitabili e non necessari, sono ingiusti e rappresentano elemento costitutivo della responsabilità professionale.

Per esemplificare, non è certamente un danno ingiusto l'estrazione di un dente con frattura verticale delle radici, sempre che ci sia il consenso dell'interessato o di chi ne esercita la potestà se minore; ma diventa danno ingiusto l'avulsione di un elemento dentario erroneamente, e quindi colpevolmente, ritenuto fratturato in modo irreparabile.

### 3) Il rapporto di causalità materiale tra la condotta colposa ed il danno ingiusto

Perché si possa parlare di responsabilità professionale del medico non basta che ci sia, e si dimostri, una condotta colposa cioè una condotta colpevolmente erronea, non basta che si verifichi un danno al paziente che non si sarebbe dovuto verificare, e quindi ingiusto, ma è necessario che tra la condotta colposa ed il danno ingiusto esista un chiaro rapporto di causalità materiale.

Si intende per questo un collegamento tra la condotta colposa ed il danno, nel senso che quest'ultimo discende dalla prima ed è il risultato ultimo dell'energia, della forza emanata dall'azione riconducibile in via esclusiva al medico. Bisogna, infatti, sottolineare che errore non è sempre sinonimo d'insuccesso e che insuccesso non è sempre sinonimo di condotta colposa.

Richiamando quanto detto più in generale in tema di rapporto di causalità, un danno può essere il frutto di più elementi causali agenti in successione cronologica o contemporaneamente ma tutti aventi energia causale idonea ed indirizzata alla produzione di uno stesso danno; in questo caso si dice che l'evento dannoso è il prodotto del concorso di più cause.

Nella responsabilità medica si verte sempre nell'ambito del concorso delle cause in quanto in tutte le ipotesi nelle quali si può ipotizzare la responsabilità del medico c'è sempre una causa patologica preesistente, rappresentata dallo stato morboso del paziente su cui il medico è chiamato ad intervenire.

L'accertamento dell'esistenza di un nesso causale tra una condotta colposa del medico ed un danno derivato al paziente deve seguire rigorosi criteri metodologici, supportati da valide cognizioni scientifiche relativamente al campo della medicina su cui si discute, che devono consentire di attribuire, se non con certezza, con una probabilità di grado elevato, il danno all'opera del medico.

Si tratta di vedere se l'azione attribuibile al medico precedeva l'evento dannoso e se lo precedeva in maniera adeguata e compatibile con la natura patologica del danno denunciato (criterio cronologico o della compatibilità cronologica); occorre poi accertare se l'azione del medico è stata qualitativamente e quantitativamente idonea ed adeguata alla produzione dell'evento dannoso (criterio qualitativo e criterio quantitativo); ed infine, se le modalità attraverso cui si è esplicata l'azione del medico sono compatibili con la produzione di quel danno. Se tutti questi criteri sono rispettati allora si potrà dire che esiste una connessione

causale tra l'opera del medico ed il danno patito dal paziente e si parlerà di responsabilità professionale medica.

Nell'ipotesi in cui la condotta del medico, ritenuta colposa, è di natura omissiva, l'accertamento del nesso causale segue criteri diversi che, non potendosi avvalere dell'esame della condotta commissiva, devono necessariamente fare riferimento a criteri statistici in base ai quali si stabilirà quante probabilità di guarigione avrebbe avuto quella patologia, colposamente non curata dal medico, se invece fosse stata curata secondo i corretti dettami della medicina. Se dall'esame della letteratura medica e delle statistiche da essa riportate, si potrà stabilire che una patologia, ove correttamente assistita, ha un'alta percentuale di guarigione, si riterrà l'evento dannoso casualmente connesso all'opera omissiva del medico poiché quest'ultimo, pur avendo l'obbligo di prestare assistenza, con la sua condotta omissiva ha sottratto al paziente quella percentuale di guarigione, o di salvezza, che risulterà dal criterio probabilistico adottato.

Così, per esempio, se di fronte ad un dente trattato endodonticamente, il dentista non mette in atto, pur avendo l'obbligo di farlo, alcuna misura protesica precauzionale, e non informa il paziente che un dente devitalizzato, non protetto da corona, è suscettibile di frattura, e questo in effetti si frattura, l'odontoiatra risponderà di condotta omissiva avendo trascurato parte dei dettami terapeutici suggeriti dalla letteratura odontoiatrica per il caso specifico.

## 6. La responsabilità civile

Se, anche in presenza di un danno, non sono dimostrabili né imprudenza, né imperizia, né negligenza, non c'è responsabilità professionale ai sensi del codice penale; si può però ottenere, se esiste un rapporto contrattuale un risarcimento in sede civile. Il paziente non deve dimostrare che il medico ha colpa; è sufficiente che dimostri di aver subito un danno: sta al medico dimostrare che tale danno non è dipeso da lui. Esiste infatti una categoria di errori un po' scollati dalla soggettività del medico e che rientrano nel rischio insito nell'attività medica specifica: essi prendono il nome di "accadimenti". Anche di questi, tuttavia, il medico deve rispondere e a tal proposito l'art. 2236 del c.c. dice: *"Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici difficili, il prestatore d'opera risponderà dei danni solo in caso di dolo o*

*colpa grave*". Attualmente l'indulgenza nei confronti del medico è andata fortemente ridimensionandosi, essendo necessario dimostrare che durante l'intervento, anche se difficile, è sopravvenuto un evento imprevedibile che l'ha reso ancora più complesso.

APPENDICE**IL CODICE DEONTOLOGICO**

Il Codice di Deontologia medica è un corpus di regole di autodisciplina predeterminate dalla professione, vincolanti per gli iscritti all'Ordine che a quelle norme devono adeguare la loro condotta professionale.

**GIURAMENTO PROFESSIONALE**

Giuro:

Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo,

- di esercitare la medicina in libertà e indipendenza di giudizio e di comportamento; di perseguire come scopi esclusivi la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo della sofferenza, cui ispirerò con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni mio atto professionale;
- di non compiere mai atti idonei a provocare deliberatamente la morte di un paziente;
- di attenermi nella mia attività ai principi etici della solidarietà umana, contro quali, nel rispetto della vita e della persona, non utilizzerò mai le mie conoscenze; di prestare la mia opera con diligenza, perizia e prudenza secondo scienza e coscienza e osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della medicina e quelle giuridiche che non risultino in contrasto con gli scopi della mia professione;
- di affidare la mia reputazione esclusivamente alla mia capacità professionale e alle mie doti morali;
- di evitare, anche al di fuori dell'esercizio professionale, ogni atto e comportamento che possano ledere il prestigio e la dignità della categoria;
- di rispettare i colleghi anche in caso di contrasto di opinioni;
- di curare tutti i miei pazienti con eguale scrupolo e impegno

indipendentemente dai sentimenti che essi mi ispirano e prescindendo da ogni differenza di razza, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologia politica;

- di prestare assistenza d'urgenza a qualsiasi infermo che ne abbia bisogno e di mettermi, in caso di pubblica calamità, a disposizione dell'Autorità competente;
- di rispettare e facilitare in ogni caso il diritto del malato alla libera scelta del suo medico, tenuto conto che il rapporto tra medico e paziente è fondato sulla fiducia e in ogni caso sul reciproco rispetto;
- di astenermi dall' "accanimento" diagnostico e terapeutico; di osservare il segreto su tutto ciò che mi è confidato, che vedo o che ho veduto, inteso o intuito nell'esercizio della mia professione o in ragione del mio stato.

## TITOLO I OGGETTO E CAMPO DI APPLICAZIONE

### Art. 1 - Definizione

Il Codice di Deontologia Medica contiene principi e regole che il medico-chirurgo e l'odontoiatra, iscritti agli albi professionali dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, di seguito indicati con il termine di medico, devono osservare nell'esercizio della professione.

Il comportamento del medico, anche al di fuori dell'esercizio della professione, deve essere consono al decoro e alla dignità della stessa.

Il medico è tenuto alla conoscenza delle norme del presente Codice, la cui ignoranza non lo esime dalla responsabilità disciplinare.

### Art. 2 - Potestà disciplinare - Sanzioni

L'inosservanza dei precetti, degli obblighi e dei divieti fissati dal presente Codice di Deontologia Medica e ogni azione od omissione, comunque disdicevoli al decoro o al corretto esercizio della professione, sono punibili con le sanzioni disciplinari previste dalla legge.

Le sanzioni devono essere adeguate alla gravità degli atti.

assistenza.

#### Art. 8 - Calamità

Il medico, in caso di catastrofe, di calamità o di epidemia, deve mettersi a disposizione dell'Autorità competente.

### CAPO III - Obblighi peculiari del medico

#### Art. 9 - Segreto professionale

Il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò che gli è confidato o che può conoscere in ragione della sua professione, deve, altresì, conservare il massimo riserbo sulle prestazioni professionali effettuate o programmate, nel rispetto dei principi che garantiscono la tutela della riservatezza.

La rivelazione assume particolare gravità quando ne derivi profitto, proprio o altrui, o nocimento della persona o di altri. Costituiscono giusta causa di rivelazione, oltre alle inderogabili ottemperanze a specifiche norme legislative (referti, denunce, notifiche e certificazioni obbligatorie):

- a) la richiesta o l'autorizzazione da parte della persona assistita o del suo legale rappresentante, previa specifica informazione sulle conseguenze o sull'opportunità o meno della rivelazione stessa;
- b) l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute dell'interessato o di terzi, nel caso in cui l'interessato stesso non sia in grado di prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere e di volere;
- c) l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi, anche nel caso di diniego del l'interessato, ma previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali.

La morte del paziente non esime il medico dall'obbligo del segreto.

Il medico non deve rendere al giudice testimonianza su ciò che gli è stato confidato o è pervenuto a sua conoscenza nell'esercizio della professione. La cancellazione dall'albo non esime moralmente il medico dagli obblighi del presente articolo.

#### Art. 10 - Documentazione e tutela dei dati

Il medico deve tutelare la riservatezza dei dati personali e della documentazione in suo possesso riguardante le persone anche se affidata a codici o sistemi informatici.

Il medico deve informare i suoi collaboratori dell'obbligo del segreto professionale e deve vigilare affinché essi vi si conformino.

Nelle pubblicazioni scientifiche di dati clinici o di osservazioni relative a singole persone, il medico deve assicurare la non identificabilità delle stesse. Analogamente il medico non deve diffondere, attraverso la stampa o altri mezzi di informazione, notizie che possano consentire la identificazione del soggetto cui si riferiscono.

#### Art. 11 - Comunicazione e diffusione di dati

Nella comunicazione di atti o di documenti relativi a singole persone, anche se destinati a Enti o Autorità che svolgono attività sanitaria, il medico deve porre in essere ogni precauzione atta a garantire la tutela del segreto professionale. Il medico, nella diffusione di bollettini medici, deve preventivamente acquisire il consenso dell'interessato o dei suoi legali rappresentanti.

Il medico non può collaborare alla costituzione di banche di dati sanitari, ove non esistano garanzie di tutela della riservatezza, della sicurezza e della vita privata della persona.

### CAPO IV - Accertamenti diagnostici e trattamenti terapeutici

#### Art. 12 - Prescrizione e trattamento terapeutico

La prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto diagnostico.

Su tale presupposto al medico è riconosciuta autonomia nella programmazione, nella scelta e nella applicazione di ogni presidio diagnostico e terapeutico, anche in regime di ricovero, fatta salva la libertà del paziente di rifiutarle e di assumersi la responsabilità del rifiuto stesso.

Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche anche al fine dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente.

Il medico è tenuto a una adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e delle prevedibili reazioni individuali, nonché delle caratteristiche di impiego dei mezzi diagnostici e terapeutici e deve adeguare, nell'interesse del paziente, le sue decisioni ai dati scientifici accreditati e alle evidenze metodologicamente fondate.

Sono vietate l'adozione e la diffusione di terapie e di presidi

diagnostici non provati scientificamente o non supportati da adeguata sperimentazione e documentazione clinico-scientifica, nonché di terapie segrete.

In nessun caso il medico dovrà accedere a richieste del paziente in contrasto con i principi di scienza e coscienza allo scopo di compiacerlo, sottraendolo alle sperimentate ed efficaci cure disponibili.

La prescrizione di farmaci, per indicazioni non previste dalla scheda tecnica o non ancora autorizzate al commercio, è consentita purché la loro efficacia e tollerabilità sia scientificamente documentata.

In tali casi, acquisito il consenso scritto del paziente debitamente informato, il medico si assume la responsabilità della cura ed è tenuto a monitorarne gli effetti.

E' obbligo del medico segnalare tempestivamente alle autorità competenti, le reazioni avverse eventualmente comparse durante un trattamento terapeutico.

#### Art. 13 - Pratiche non convenzionali -- Denuncia di abusivismo

La potestà di scelta di pratiche non convenzionali nel rispetto del decoro e della dignità della professione si esprime nell'esclusivo ambito della diretta e non delegabile responsabilità professionale, fermo restando, comunque, che qualsiasi terapia non convenzionale non deve sottrarre il cittadino a specifici trattamenti di comprovata efficacia e richiede l'acquisizione del consenso.

E' vietato al medico di collaborare a qualsiasi titolo o di favorire chi eserciti abusivamente la professione anche nel settore delle cosiddette "pratiche non convenzionali".

Il medico venuto a conoscenza di casi di esercizio abusivo o di favoreggiamento o collaborazione anche nel settore delle pratiche di cui al precedente comma, è obbligato a farne denuncia anche all'Ordine professionale.

Il medico che nell'esercizio professionale venga a conoscenza di prestazioni mediche e/o odontoiatriche effettuate da non abilitati alla professione è obbligato a farne denuncia anche all'Ordine di appartenenza.

#### Art. 14 - Accanimento diagnostico-terapeutico

Il medico deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti, da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita.

Art. 15 - Trattamenti che incidono sulla integrità psico-fisica  
I trattamenti che comportino una diminuzione della resistenza psico-fisica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze.

#### CAPO V - Obblighi professionali

Art. 16 - Aggiornamento e formazione professionale permanente  
Il medico ha l'obbligo dell'aggiornamento e della formazione professionale permanente, onde garantire il continuo adeguamento delle sue conoscenze e competenze al progresso clinico scientifico.

### TITOLO III RAPPORTI CON IL CITTADINO

#### CAPO I - Regole generali di comportamento

Art. 17 - Rispetto dei diritti del cittadino  
Il medico nel rapporto con il cittadino deve improntare la propria attività professionale al rispetto dei diritti fondamentali della persona.

Art. 18 - Competenza professionale  
Il medico deve garantire impegno e competenza professionale, non assumendo obblighi che non sia in condizione di soddisfare. Egli deve affrontare i problemi diagnostici con il massimo scrupolo, dedicandovi il tempo necessario per un approfondito colloquio e per un adeguato esame obiettivo, avvalendosi delle indagini ritenute necessarie.

Nel rilasciare le prescrizioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative deve fornire, in termini comprensibili e documentati, tutte le idonee informazioni e verificarne, per quanto possibile, la corretta esecuzione.

Il medico che si trovi di fronte a situazioni cliniche, alle quali non sia in grado di provvedere efficacemente, deve indicare al paziente le specifiche competenze necessarie al caso in esame.

Art. 19 - Rifiuto d'opera professionale  
Il medico al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, può

rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona assistita.

#### Art. 20 - Continuità delle cure

Il medico deve garantire al cittadino la continuità delle cure. In caso di indisponibilità, di impedimento o del venir meno del rapporto di fiducia deve assicurare la propria sostituzione, informandone il cittadino e, se richiesto, affidandolo a colleghi di adeguata competenza.

Il medico non può abbandonare il malato ritenuto inguaribile, ma deve continuare ad assisterlo anche al solo fine di lenirne la sofferenza fisica e psichica.

#### Art. 21 - Documentazione clinica

Il medico deve, nell'interesse esclusivo della persona assistita, mettere la documentazione clinica in suo possesso a disposizione della stessa, o dei suoi legali rappresentanti, o di medici e istituzioni da essa indicati per iscritto.

#### Art. 22 - Certificazione

Il medico non può rifiutarsi di rilasciare direttamente al cittadino certificati relativi al suo stato di salute. Il medico, nel redigere certificazioni, deve valutare e attestare soltanto dati clinici che abbia direttamente constatato.

#### Art. 23 - Cartella clinica

La cartella clinica deve essere redatta chiaramente, con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e contenere, oltre a ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo decorso, le attività diagnostico-terapeutiche praticate.

### CAPO II - Doveri del medico e diritti del cittadino

#### Art. 24 - Libera scelta del medico e del luogo di cura

La libera scelta del medico e del luogo di cura costituisce principio fondamentale del rapporto medico-paziente.

Nell'esercizio dell'attività libero professionale svolta presso le strutture pubbliche e private, la scelta del medico costituisce diritto fondamentale del cittadino. E', pertanto, vietato qualsiasi

accordo tra medici tendente a influire sul diritto del cittadino alla libera scelta.

Il medico può consigliare, ma non pretendere, che il cittadino si rivolga a determinati presidi, istituti o luoghi di cura.

#### Art. 25 - Sfiducia del cittadino

Qualora abbia avuto prova di sfiducia da parte della persona assistita o dei suoi legali rappresentanti, se minore o incapace, il medico può rinunciare all'ulteriore trattamento, purché ne dia tempestivo avviso; deve, comunque, prestare la sua opera sino alla sostituzione con altro collega, cui competono le informazioni e la documentazione utili alla prosecuzione delle cure, previo consenso scritto del l'interessato.

#### Art. 26 - Soccorso d'urgenza

Il medico che presti soccorso d'urgenza a un malato curato da altro collega o che assista temporaneamente un paziente in assenza del curante, non può pretendere che gli venga affidata la continuazione delle cure.

#### Art. 27 - Fornitura di medicinali

Il medico non può fornire i medicinali necessari alla cura a titolo oneroso. E' vietata al medico ogni forma di prescrizione che procuri a sé o ad altri indebito lucro.

#### Art. 28 - Comparaggio

Ogni forma di comparaggio è vietata

### CAPO III - Doveri dei medico verso i minori, gli anziani e i disabili

#### Art. 29 - Assistenza

Il medico deve contribuire a proteggere il minore, l'anziano e il disabile, in particolare quando ritenga che l'ambiente, familiare o extrafamiliare, nel quale vivono, non sia sufficientemente sollecito alla cura della loro salute, ovvero sia sede di maltrattamenti, violenze o abusi sessuali, fatti salvi gli obblighi di referto o di denuncia all'autorità giudiziaria nei casi specificatamente previsti dalla legge.

Il medico deve adoperarsi, in qualsiasi circostanza, perché il minore possa fruire di quanto necessario a un armonico sviluppo psico-fisico e affinché allo stesso, all'anziano e al disabile siano

garantite qualità e dignità di vita, ponendo particolare attenzione alla tutela dei diritti degli assistiti non autosufficienti sul piano psichico e sociale, qualora vi sia incapacità manifesta di intendere e di volere, ancorché non legalmente dichiarata.

Il medico, in caso di opposizione dei legali rappresentanti alla necessaria cura dei minori e degli incapaci, deve ricorrere alla competente autorità giudiziaria.

#### CAPO IV - Informazione e consenso

##### Art. 30 - Informazione al cittadino

Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate; il medico nell'informarlo dovrà tenere conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche.

Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta.

Il medico deve, altresì, soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione.

Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza.

La documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata.

##### Art. 31 - Informazione a terzi

L'informazione a terzi è ammessa solo con il consenso esplicitamente espresso dal paziente, fatto salvo quanto previsto all'art. 9 allorché sia in grave pericolo la salute o la vita di altri.

In caso di paziente ricoverato il medico deve raccogliere gli eventuali nominativi delle persone preliminarmente indicate dallo stesso a ricevere la comunicazione dei dati sensibili.

##### Art. 32 - Acquisizione del consenso

Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso informato del paziente.

Il consenso, espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica si renda opportuna una manifestazione inequivoca della volontà della persona, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all'art. 30.

Il procedimento diagnostico e/o il trattamento terapeutico che possano comportare grave rischio per l'incolumità della persona, devono essere intrapresi solo in caso di estrema necessità e previa informazione sulle possibili conseguenze, cui deve far seguito una opportuna documentazione del consenso.

In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace di intendere e di volere, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona, ove non ricorrano le condizioni di cui al successivo articolo 34.

#### Art. 33 - Consenso del legale rappresentante

Allorché si tratti di minore, di interdetto o di inabilitato il consenso agli interventi diagnostici e terapeutici, nonché al trattamento dei dati sensibili, deve essere espresso dal rappresentante legale.

In caso di opposizione da parte del rappresentante legale al trattamento necessario e indifferibile a favore di minori o di incapaci, il medico è tenuto a informare l'autorità giudiziaria.

#### Art. 34 - Autonomia del cittadino

Il medico deve attenersi, nel rispetto della dignità, della libertà e dell'indipendenza professionale, alla volontà di curarsi, liberamente espressa dalla persona. Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tenere conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso.

Il medico ha l'obbligo di dare informazioni al minore e di tenere conto della sua volontà, compatibilmente con l'età e con la capacità di comprensione, fermo restando il rispetto dei diritti del legale rappresentante; analogamente deve comportarsi di fronte a un maggiorenne infermo di mente.

#### Art. 35 - Assistenza d'urgenza

Allorché sussistano condizioni di urgenza e in caso di pericolo per la vita di una persona, che non possa esprimere, al momento,

volontà contraria, il medico deve prestare l'assistenza e le cure indispensabili.

#### CAPO V - Assistenza al malati inguaribili

##### Art. 36 - Eutanasia

Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti diretti a provocare la morte.

##### Art. 37 - Assistenza al malato inguaribile

In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve limitare la sua opera all'assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità di vita.

In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile.

Il sostegno vitale dovrà essere mantenuto sino a quando non sia accertata la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo.

#### CAPO VI - Trapianti

##### Art. 38 - Prelievo di parti di cadavere

Il prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico può essere effettuato solo nelle condizioni e nei modi previsti dalle leggi in vigore.

##### Art. 39 - Prelievo di organi e tessuti da persona vivente

Il prelievo di organi e tessuti da persona vivente è consentito solo se diretto a fini diagnostici, terapeutici o di ricerca scientifica e se non produttivo di menomazioni permanenti dell'integrità fisica o psichica del donatore, fatte salve le previsioni normative in materia.

Il prelievo non può essere effettuato per fini di commercio e di lucro e presuppone l'informazione e il consenso scritto del donatore o dei suoi legali rappresentanti.

#### CAPO VII - Sessualità e riproduzione

Art. 40 - Informazione in materia di sessualità, riproduzione e

contraccezione

Il medico, nell'ambito della salvaguardia del diritto alla procreazione cosciente e responsabile, è tenuto a fornire ai singoli e alla coppia, nel rispetto della libera determinazione della persona, ogni corretta informazione in materia di sessualità, di riproduzione e di contraccezione.

Ogni atto medico diretto a intervenire in materia di sessualità e di riproduzione è consentito soltanto al fine di tutelare la salute.

Art. 41 - Interruzione volontaria di gravidanza

L'interruzione della gravidanza, al di fuori dei casi previsti dalla legge, costituisce grave infrazione deontologica tanto più se compiuta a scopo di lucro.

Il medico obiettore di coscienza, ove non sussista imminente pericolo per la vita della donna, o, in caso di tale pericolo, ove possa essere sostituito da altro collega altrettanto efficacemente, può rifiutarsi d'intervenire nell'interruzione volontaria di gravidanza.

Art. 42 - Fecondazione assistita

Le tecniche di procreazione umana medicalmente assistita hanno lo scopo di ovviare alla sterilità.

E' fatto divieto al medico, anche nell'interesse del bene del nascituro, di attuare:

- a) forme di maternità surrogata;
- b) forme di fecondazione assistita al di fuori di coppie eterosessuali stabili;
- c) pratiche di fecondazione assistita in donne in menopausa non precoce;
- d) forme di fecondazione assistita dopo la morte del partner.

E' proscritta ogni pratica di fecondazione assistita ispirata a pregiudizi razziali; non è consentita alcuna selezione dei gameti ed è bandito ogni sfruttamento commerciale, pubblicitario, industriale di gameti, embrioni e tessuti embrionali o fetali, nonché la produzione di embrioni ai soli fini di ricerca.

Sono vietate pratiche di fecondazione assistita in studi, ambulatori o strutture sanitarie privi di idonei requisiti.

#### CAPO VIII - Sperimentazione

Art. 43 - Interventi sul genoma e sull'embrione umano

Ogni intervento sul genoma umano non può che tendere alla prevenzione e alla correzione di condizioni patologiche. Sono vietate manipolazioni genetiche sull'embrione che non abbiano finalità di prevenzione e correzione di condizioni patologiche.

**Art. 44 - Tesi genetici predittivi**

Non sono ammessi test genetici se non diretti in modo esclusivo a rilevare o predire malformazioni o malattie ereditarie e se non espressamente richiesti, per iscritto, dalla persona interessata o dalla madre del concepito, che hanno diritto alle preliminari informazioni e alla più ampia e oggettiva illustrazione sul loro significato, sul loro risultato, sui rischi della gravidanza, sulle prevedibili conseguenze sulla salute e sulla qualità della vita, nonché sui possibili interventi di prevenzione e di terapia. Il medico non deve, in particolare, eseguire test genetici predittivi a fini assicurativi od occupazionali se non a seguito di espressa e consapevole manifestazione di volontà da parte del cittadino interessato.

**Art. 45 - Sperimentazione scientifica**

Il progresso della medicina è fondato sulla ricerca scientifica che si avvale anche della sperimentazione sull'animale e sull'Uomo.

**Art. 46- Ricerca biomedica e sperimentazione sull'Uomo**

La ricerca biomedica e la sperimentazione sull'Uomo devono ispirarsi all'inderogabile principio dell'inviolabilità, dell'integrità psicofisica e della vita della persona. Esse sono subordinate al consenso del soggetto in esperimento, che deve essere espresso per iscritto, liberamente e consapevolmente, previa specifica informazione sugli obiettivi, sui metodi, sui benefici previsti, nonché sui rischi potenziali e sul diritto del soggetto stesso di ritirarsi in qualsiasi momento della sperimentazione. Nel caso di soggetti minori o incapaci è ammessa solo la sperimentazione per finalità preventive e terapeutiche a favore degli stessi; il consenso deve essere espresso dai legali rappresentanti. Ove non esistano finalità terapeutiche è vietata la sperimentazione clinica su minori, su infermi di mente o su soggetti che versino in condizioni di soggezione o dietro compenso di qualsiasi natura. La sperimentazione deve essere programmata e attuata secondo idonei protocolli nel quadro della normativa vigente e dopo aver

ricevuto il preventivo assenso da parte di un comitato etico indipendente.

**Art. 47 - Sperimentazione clinica**

La sperimentazione, disciplinata dalle norme di buona pratica clinica, può essere inserita in trattamenti diagnostici e/o terapeutici, solo in quanto sia razionalmente e scientificamente suscettibile di utilità diagnostica o terapeutica per i cittadini interessati.

In ogni caso di studio clinico, il malato non potrà essere deliberatamente privato dei consolidati mezzi diagnostici e terapeutici indispensabili al mantenimento e/o al ripristino dello stato di salute.

**Art. 48 - Sperimentazione sull'animale**

La sperimentazione sull'animale deve essere improntata a esigenze e a finalità scientifiche non altrimenti conseguibili, a una fondata aspettativa di progresso della scienza medica e deve essere condotta con metodi e mezzi idonei a evitare ogni sofferenza, dopo aver ricevuto il preventivo assenso da parte di un comitato etico.

**CAPO IX - Trattamento medico e libertà personale**

**Art. 49 - Obblighi del medico**

Il medico che assista un cittadino in condizioni limitative della libertà personale è tenuto al rispetto rigoroso dei diritti della persona, fermi restando gli obblighi connessi con le sue specifiche funzioni.

In caso di trattamento sanitario obbligatorio il medico non deve porre in essere o autorizzare misure coattive, salvo casi di effettiva necessità e nei limiti previsti dalla legge.

**Art. 50 - Tortura e trattamenti disumani**

Il medico non deve in alcun modo o caso collaborare, partecipare o semplicemente presenziare ad atti esecutivi di pena di morte o ad atti di tortura o a trattamenti crudeli, disumani o degradanti. E' vietato al medico di praticare qualsiasi forma di mutilazione sessuale femminile.

**Art. 51 - Rifiuto consapevole di nutrirsi**

Quando una persona, sana di mente, rifiuta volontariamente e

consapevolmente di nutrirsi, il medico ha il dovere di informarla sulle conseguenze che tale decisione può comportare sulle sue condizioni di salute. Se la persona è consapevole delle possibili conseguenze della propria decisione, il medico non deve assumere iniziative costringitive né collaborare a manovre coattive di nutrizione artificiale, ma deve continuare ad assisterla.

#### CAPO X - Onorari professionali

##### Art. 52 - Onorari professionali

Nell'esercizio libero professionale vale il principio generale dell'intesa diretta tra medico e cittadino. L'onorario deve rispettare il minimo professionale approvato dall'Ordine anche per le prestazioni svolte all'interno di società di professionisti o a favore della mutualità volontaria compresa l'attività libero professionale intramoenia, esercitata dai medici dipendenti delle aziende ospedaliere e delle aziende sanitarie locali, che si configuri come libera professione.

Il medico è tenuto a far conoscere al cittadino il suo onorario che va accettato preventivamente e, se possibile, sottoscritto da entrambi.

I compensi per le prestazioni medico-chirurgiche non possono essere subordinati ai risultati delle prestazioni medesime.

Il medico è tenuto non solo al rispetto della tariffa minima professionale, ma anche al rispetto della tariffa massima stabilita da ciascun Ordine provinciale con propria delibera, sulla base di criteri definiti dalla Federazione Nazionale con proprio atto di indirizzo e coordinamento.

Il medico può, in particolari circostanze, prestare gratuitamente la sua opera, purché tale comportamento non costituisca concorrenza sleale o illecito accaparramento di clientela.

#### CAPO XI - Pubblicità in materia sanitaria e informazione al pubblico

##### Art. 53 - Pubblicità in materia sanitaria

Sono vietate al medico tutte le forme, dirette o indirette, di pubblicità personale o a vantaggio della struttura, pubblica o privata, nella quale presta la sua opera.

Il medico è responsabile dell'uso che si fa del suo nome, delle sue qualifiche professionali e delle sue dichiarazioni.

Egli deve evitare, che attraverso organi di stampa, strumenti televisivi e/o informatici, collaborazione a inchieste e interventi televisivi, si concretizzi una condizione di promozione e di sfruttamento pubblicitario del suo nome o di altri colleghi.

**Art. 54 - Informazione sanitaria**

L'informazione sanitaria non può assumere le caratteristiche della pubblicità commerciale.

Per consentire ai cittadini una scelta libera e consapevole tra strutture, servizi e professionisti è indispensabile che l'informazione, con qualsiasi mezzo diffusa, non sia arbitraria e discrezionale, ma utile, veritiera, certificata con dati oggettivi e controllabili e previo nullaosta rilasciato per iscritto dal Consiglio dell'Ordine provinciale di appartenenza sulla base di principi di indirizzo e di coordinamento della Federazione Nazionale.

Il medico che partecipi a iniziative di educazione alla salute, su temi corrispondenti alle sue conoscenze e competenze, deve garantire, indipendentemente dal mezzo impiegato, informazioni scientificamente rigorose, obiettive, prudenti (che non producano timori infondati, spinte consumistiche o illusorie attese nella pubblica opinione) ed evitare, anche indirettamente, qualsiasi forma pubblicitaria personale o della struttura nella quale opera.

**Art. 55 - Scoperte scientifiche**

Il medico non deve divulgare notizie al pubblico su innovazioni in campo sanitario se non ancora accreditate dalla comunità scientifica, al fine di non suscitare infondate attese e illusorie speranze.

**Art. 56 - Divieto di patrocinio**

Il medico o associazioni di medici non devono concedere patrocinio e avallo a pubblicità per istituzioni e prodotti sanitari e commerciali di esclusivo interesse promozionale.

**TITOLO IV  
RAPPORTI CON I COLLEGHI**

**CAPO I - Solidarietà tra medici**

**Art. 57 - Rispetto reciproco**

Il rapporto tra i medici deve ispirarsi ai principi del reciproco

rispetto e della considerazione della rispettiva attività professionale. Il contrasto di opinione non deve violare i principi di un collegiale comportamento e di un civile dibattito. Il medico deve assistere i colleghi senza fini di lucro, salvo il diritto al recupero delle spese sostenute. Il medico deve essere solidale nei confronti dei colleghi sottoposti a ingiuste accuse.

#### Art. 58 - Rapporti con il medico curante

Il medico che presti la propria opera in situazioni di urgenza o per ragioni di specializzazione a un ammalato in cura presso altro collega, acquisito il consenso per il trattamento dei dati sensibili dal cittadino o dal legale rappresentante, è tenuto a dare comunicazione al medico curante o ad altro medico eventualmente indicato dal paziente, degli indirizzi diagnostico terapeutici attuati e delle valutazioni cliniche anche nel caso di ricovero ospedaliero.

### CAPO II - Consulenza e consulto

#### Art. 59 - Consulenza e consulto

Il medico curante deve proporre il consulto con altro collega o la consulenza presso idonee strutture di specifica qualificazione, ponendo gli adeguati quesiti e fornendo la documentazione in suo possesso, qualora la complessità del caso clinico o l'interesse del malato esigano il ricorso a specifiche competenze specialistiche diagnostiche e/o terapeutiche.

Il medico, che sia di contrario avviso, qualora il consulto sia richiesto dal malato o dai suoi familiari, può astenersi dal parteciparvi fornendo, comunque, tutte le informazioni e l'eventuale documentazione relativa al caso. Il modo e i tempi per la consulenza sono stabiliti tra il consulente e il curante secondo le regole della collegiale collaborazione.

#### Art. 60 - Divergenza tra curante e consulente

I giudizi espressi in sede di consulto o di consulenza devono rispettare la dignità sia del curante che del consulente.

E' affidato al medico curante il compito di attuare l'indirizzo terapeutico concordato con il consulente e eventualmente adeguarlo alle situazioni emergenti.

In caso di divergenza di opinioni il curante può richiedere altra consulenza.

Lo specialista o consulente che visiti un ammalato in assenza del

curante deve fornire una dettagliata relazione diagnostica e l'indirizzo terapeutico consigliato.

### CAPO III - Altri rapporti tra medici

#### Art. 61 - Supplenza

Il medico che sostituisce nell'attività professionale un collega è tenuto, cessata la supplenza, a fornire al collega sostituito le informazioni cliniche relative ai malati sino allora assistiti, al fine di assicurare la continuità terapeutica.

#### Art. 62 - Medico curante e ospedaliero

Tra medico curante e medici operanti nelle strutture pubbliche e private, anche per assicurare la corretta informazione all'ammalato, deve sussistere, nel rispetto dell'autonomia e del diritto alla riservatezza, un rapporto di consultazione, di collaborazione e di informazione reciproca al fine di garantire coerenza e continuità diagnostico-terapeutica.

#### Art. 63 - Giudizio clinico - Rispetto della professionalità

I giudizi clinici comunque formulati, durante la degenza in reparti clinico-ospedalieri e in case di cura private e anche dopo la dimissione del malato, devono essere espressi senza ledere la reputazione professionale dei medici curanti.

La stessa condotta deve mantenere il medico curante dopo la dimissione del malato.

### CAPO IV - Medicina legale

#### Art. 64 - Compiti e funzioni medico-legali

Nell'espletamento dei compiti e delle funzioni di natura medico-legale, il medico deve essere consapevole delle gravi implicazioni penali, civili, amministrative e assicurative che tali compiti e funzioni possono comportare e deve procedere, sul piano tecnico, in modo da soddisfare le esigenze giuridiche attinenti al caso in esame nel rispetto della verità scientifica, dei diritti della persona e delle norme del presente Codice di Deontologia Medica.

Il medico curante non può svolgere funzioni medico-legali di ufficio o di controparte in casi che interessano la persona da lui assistita.

#### Art. 65 - Visite fiscali

Nell'esercizio delle funzioni di controllo, il medico:

- deve far conoscere al soggetto sottoposto all'accertamento la propria qualifica e la propria funzione;
- non deve rendere palesi al soggetto le proprie valutazioni in merito alla diagnosi e alla terapia.

In situazione di urgenza o di emergenza clinica il medico di controllo deve adottare le necessarie misure, a tutela del malato, dandone sollecita comunicazione al medico curante.

### CAPO V - Rapporti con l'Ordine professionale

#### Art. 66 Doveri di collaborazione

Il medico è obbligato a prestare la massima collaborazione e disponibilità nei rapporti con il proprio Ordine professionale, tra l'altro ottemperando alle convocazioni del Presidente.

Il medico che cambia di residenza, trasferisce in altra provincia la sua attività o modifica la sua condizione di esercizio o cessa di esercitare la professione, è tenuto a darne tempestiva comunicazione al Consiglio provinciale dell'Ordine.

L'Ordine provinciale, al fine di tenere un albo aggiornato, recepisce queste modificazioni e ne informa la Federazione Nazionale.

Il medico è tenuto a comunicare al Presidente dell'Ordine eventuali infrazioni alle regole, al reciproco rispetto e alla corretta collaborazione tra colleghi e alla salvaguardia delle specifiche competenze che devono informare i rapporti della professione medica con le altre professioni sanitarie.

Nell'ambito del procedimento disciplinare la mancata collaborazione e disponibilità del medico convocato dal Presidente dell'Ordine costituisce ulteriore elemento di valutazione a fini disciplinari.

Il Presidente dell'Ordine provinciale, nell'ambito dei suoi poteri di vigilanza deontologica, può invitare i medici esercenti la professione nella provincia stessa, sia in ambito pubblico che privato, anche se iscritti ad altro Ordine, informandone l'Ordine di appartenenza per le eventuali conseguenti valutazioni.

Il medico eletto negli organi istituzionali dell'Ordine deve adempiere all'incarico con diligenza e imparzialità nell'interesse della collettività e osservare prudenza e riservatezza nell'espletamento dei propri compiti.

TITOLO VI  
RAPPORTI CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E CON ENTI  
PUBBLICI E PRIVATI

CAPO I - Obblighi deontologici del medico a rapporto di impiego o  
convenzionato

Art. 69 - Medico dipendente o convenzionato

Il medico che presta la propria opera a rapporto d'impiego o di convenzione, nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche o private, è soggetto alla potestà disciplinare dell'Ordine anche in adempimento degli obblighi connessi al rapporto di impiego o convenzionale. Il medico qualora si verifichi contrasto tra le norme deontologiche e quelle proprie dell'ente, pubblico o privato, per cui presta la propria attività professionale, deve chiedere l'intervento dell'Ordine, onde siano salvaguardati i diritti propri e dei cittadini. In attesa della composizione della vertenza egli deve assicurare il servizio, salvo i casi di grave violazione dei diritti e dei valori umani delle persone a lui affidate e della dignità, libertà e indipendenza della propria attività professionale.

Art. 70 - Direzione sanitaria

Il medico che svolge funzioni di direzione o di dirigenza sanitaria nelle strutture pubbliche o private deve garantire, nell'espletamento della sua attività, il rispetto delle norme del Codice di Deontologia Medica e la difesa dell'autonomia e della dignità professionale all'interno della struttura in cui opera. Egli ha il dovere di collaborare con l'Ordine professionale, competente per territorio, nei compiti di vigilanza sulla collegialità nei rapporti con e tra medici per la correttezza delle prestazioni professionali nell'interesse dei cittadini. Egli, altresì, deve vigilare sulla correttezza del materiale informativo attinente alla organizzazione e alle prestazioni erogate dalla struttura.

Art. 71 - Collegialità

Nella salvaguardia delle attribuzioni, funzioni e competenze, i rapporti tra i medici dipendenti e/o convenzionati, operanti in strutture pubbliche o private devono ispirarsi ai principi del reciproco rispetto, di collegialità e di collaborazione.

**Art. 72 - Eccesso di prestazioni**

Il medico dipendente o convenzionato deve esigere da parte della struttura in cui opera ogni garanzia affinché le modalità del suo impegno non incidano negativamente sulla qualità e l'equità delle prestazioni, nonché sul rispetto delle norme deontologiche.

Il medico non deve assumere impegni professionali che comportino eccessi di prestazioni tali da pregiudicare la qualità della sua opera professionale e la sicurezza del malato.

**Art. 73 - Conflitto di interessi**

Il medico dipendente o convenzionato con le strutture pubbliche e private non può in alcun modo adottare comportamenti che possano favorire direttamente o indirettamente la propria attività libero-professionale.

**CAPO II - Medicina dello Sport****Art. 74 - Accertamento della idoneità fisica**

La valutazione della idoneità alla pratica degli sport deve essere ispirata a esclusivi criteri di tutela della salute e della integrità fisica e psichica del soggetto.

Il medico deve esprimere il relativo giudizio con obiettività e chiarezza, in base alle conoscenze scientifiche più recenti e previa adeguata informazione al soggetto sugli eventuali rischi che la specifica attività sportiva può comportare.

**Art. 75 - Idoneità - Valutazione medica**

Il medico ha l'obbligo, in qualsiasi circostanza, di valutare se un soggetto può intraprendere o proseguire la preparazione atletica e la prestazione agonistica.

Il medico deve esigere che la sua valutazione sia accolta, in particolare negli sport che possano comportare danni all'integrità psico-fisica degli atleti, denunciandone il mancato accoglimento alle autorità competenti e all'Ordine professionale.

**Art. 76 - Doping**

Il medico non deve consigliare, prescrivere o somministrare trattamenti farmacologici o di altra natura diretti ad alterare le prestazioni di un atleta, in particolare qualora tali interventi agiscano direttamente o indirettamente modificando il naturale equilibrio psicofisico del soggetto.

## CAPO III - Tutela della salute collettiva

Art. 77 - Attività nell'interesse della collettività

Il medico è tenuto a partecipare all'attività e ai programmi di tutela della salute nell'interesse della collettività.

Art. 78 - Trattamento sanitario obbligatorio e denunce obbligatorie

Il medico deve svolgere i compiti assegnatigli dalla legge in tema di trattamenti sanitari obbligatori e deve curare con la massima diligenza e tempestività la informativa alle autorità sanitarie e ad altre autorità nei modi, nei tempi e con le procedure stabilite dalla legge, ivi compresa, quando prevista, la tutela dell'anonimato.

Art. 79 - Prevenzione, assistenza e cura della dipendenza da sostanze da abuso

L'impegno professionale del medico nella prevenzione, nella cura e nel recupero clinico e reinserimento sociale del dipendente da sostanze da abuso deve, nel rispetto dei diritti della persona e senza pregiudizi, concretizzarsi nell'aiuto tecnico e umano, sempre finalizzato al superamento della situazione di dipendenza, in collaborazione con le famiglie e le altre organizzazioni sanitarie e sociali pubbliche e private che si occupano di questo grave disagio.

## DISPOSIZIONE FINALE

Gli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri sono tenuti a inviare ai singoli iscritti all'Albo il Codice di Deontologia Medica e a tenere periodicamente corsi di aggiornamento e di approfondimento.

Il medico e l'odontoiatra devono prestare il giuramento professionale.

TITOLO V  
RAPPORTI CON I TERZI

CAPO I - Svolgimento dell'attività professionale

Art. 67 - Modalità e forme di espletamento dell'attività professionale

Gli accordi, i contratti e le convenzioni diretti allo svolgimento di attività professionale in forma singola o associata, utilizzando strutture di società per la prestazione di servizi, devono essere approvati dagli Ordini, se conformi alle regole della deontologia professionale, che gli Ordini sono tenuti a far osservare in ottemperanza agli atti di indirizzo e coordinamento emanati dalla Federazione, sentito il Consiglio Nazionale della stessa, ivi compresa la notificazione dello statuto all'Ordine competente per territorio.

Il medico non deve partecipare a imprese industriali, commerciali o di altra natura che ne condizionino la dignità e l'indipendenza professionale.

L'attività professionale può essere svolta anche in forma associata con le modalità previste dall'atto di indirizzo della Federazione Nazionale.

Il medico nell'ambito di ogni forma partecipativa o associativa dell'esercizio della professione:

- è e resta responsabile dei propri atti e delle proprie prescrizioni;
- non deve subire condizionamenti della sua autonomia e indipendenza professionale;
- non può accettare limiti di tempo e di modo della propria attività, né forme di remunerazione in contrasto con le vigenti norme legislative e ordinistiche e lesive della dignità e della autonomia professionale.

Art. 68 - Rapporto con altre professioni sanitarie

Il medico non deve stabilire accordi diretti o indiretti con altre professioni sanitarie che svolgano attività o effettuino iniziative di tipo industriale o commerciale inerenti l'esercizio professionale.

Nell'interesse del cittadino il medico deve intrattenere buoni rapporti di collaborazione con le altre professioni sanitarie rispettandone le competenze professionali.

## TITOLO II DOVERI GENERALI DEL MEDICO

### CAPO I - Indipendenza e dignità della professione

#### Art. 3 - Doveri del medico

Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza discriminazioni di età, di sesso, di razza, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace come in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera. La salute è intesa nell'accezione più ampia dei termini, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona.

#### Art. 4 - Libertà e indipendenza della professione

L'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza della professione.

#### Art. 5 - Esercizio dell'attività professionale

Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici fondamentali, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona; non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura.

Il medico deve denunciare all'Ordine ogni iniziativa tendente a imporgli comportamenti non conformi alla deontologia professionale, da qualunque parte essa provenga.

#### Art. 6 - Limiti dell'attività professionale-

In nessun caso il medico deve abusare del suo status professionale. Il medico che riveste cariche pubbliche non può avvalersene a scopo di vantaggio professionale.

### CAPO II - Prestazioni d'urgenza

#### Art. 7 - Obbligo di intervento

Il medico, indipendentemente dalla sua abituale attività, non può mai rifiutarsi di prestare soccorso o cure d'urgenza e deve tempestivamente attivarsi per assicurare ogni specifica e adeguata

