

Area
Medicina/Professioni Sanitarie

Susanna Agostini Luigi Tonino Marsella

ISTITUZIONI DI MEDICINA
LEGALE E DI DIRITO PER LE
PROFESSIONI SANITARIE

UniversItalia

PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA

Copyright 2012 - UniversItalia - Roma

ISBN 978-88-6507-311-7

A norma della legge sul diritto d'autore e del codice civile è vietata la riproduzione di questo libro o di parte di esso con qualsiasi mezzo, elettronico, meccanico, per mezzo di fotocopie, microfilm, registratori o altro. Le fotocopie per uso personale del lettore possono tuttavia essere effettuate, ma solo nei limiti del 15% del volume e dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art.68, commi 4 e 5 della legge 22 aprile 1941 n. 633. Ogni riproduzione per finalità diverse da quelle per uso personale deve essere autorizzata specificatamente dagli autori o dall'editore.

I Capitolo

MEDICINA LEGALE GENERALE

La Medicina legale è una branca della medicina che studia l'uomo sotto l'aspetto psico – fisico in relazione ai profili giuridici.

In particolare si occupa dei problemi biologici e medico – chirurgici che si trovano in rapporto non statico con le scienze giuridiche; rappresenta un ramo della Medicina pubblica e pertanto opera nell'interesse della collettività distinguendosi per il suo carattere civile e di pubblica utilità poiché collabora con altre scienze al miglioramento ed all'organizzazione della società.

Pertanto ogni fatto che riguardi la persona umana e che coincida con interessi del diritto, può coinvolgere la medicina legale.

La storia della medicina legale è antichissima, i primi documenti risalgono circa al 2000 A.C. nella civiltà Mesopotamica ove nel famoso codice dei Sumeri, Codice di Ur, già si parlava di aborto e lesioni personali; mentre nel codice del re babilonese Hammurabi, risalente al 1700 A.C. venivano affrontate problematiche quali l'imperizia medica e, ove a seguito di errore medico ne fosse derivata una lesione personale o la morte del soggetto, veniva inflitta una pena.



Nascono nella Grecia classica i primi principi di deontologia medica, secondo il pensiero filosofico ippocratico, al quale si deve la rivoluzione del concetto stesso di medicina. Ad Ippocrate si deve l'innovazione del concetto di malattia e di salute ed i primi studi di anatomia e patologia attraverso la dissezione dei cadaveri. A lui vengono attribuiti i primi approcci sulla cartella clinica e l'introduzione dei concetti di diagnosi e prognosi.

Ancora oggi il testo più celebre di Ippocrate è il suo giuramento ove vengono riportati i principi fondamentali etici della professione del medico.

GIURAMENTO DI IPOCRATE

AFFERMO CON GIURAMENTO PER APOLLO MEDICO E PER ESCULAPIO, PER IGIEA E PER PANACEA E NE SIANO TESTIMONI TUTTI GLI DEI E LE DEE, CHE PER QUANTO ME LO CONSENTIRANNO LE MIE FORZE E IL MIO PENSIERO, ADEMIRO' QUESTO MIO GIURAMENTO CHE PROMETTO QUI SCRITTO. CONSIDERERO' COME PADRE COLUI CHE MI INIZIO' E MI FU MAESTRO IN QUEST'ARTE, E CON GRATITUDINE LO ASSISTERO' E GLI FORNIRO' QUANTO POSSA OCCORRERGLI PER IL NUTRIMENTO E PER LE NECESSITA' DELLA VITA, CONSIDERERO' COME MIEI FRATELLI I SUOI FIGLI E SE ESSI VORRANNO APPRENDERE QUEST'ARTE, INSEGNERO' LORO SENZA COMPENSO E SENZA OBBLIGAZIONI SCRITTE, E FARO' PARTECIPICI DELLE MIE LEZIONI E SPIEGAZIONI DI TUTTA INTERA QUESTA DISCIPLINA TANTO I MIEI FIGLI QUANTO QUELLI DEL MIO MAESTRO E COSI' I DISCEPOLI CHE ABBIANO GIURATO A QUESTA PROFESSIONE, E NESSUN ALTRO, ALL'INFUORI DI ESSI. PRESCRIVERO' AGLI INFERMI LA DIETA OPPORTUNA CHE LORO CONVENGA PER QUANTO MI SARA' PERMESSO DALLE MIE COGNIZIONI, E LI DIFENDERO' DA OGNI COSA INGIUSTA E DANNOSA, GIAMMAI MESSO DALLE PREMUROSE O CON UOMINI SIA LIBERI CHE SERVI, E TUTTO QUELLO CHE DURANTE LA CURA ED ANCHE ALL'INFUORI DI ESSA AVRO' VISTO E AVRO' ASCOLTATO SULLA VITA COMUNE DELLE PERSONE E CHE NON DOVRA' ESSERE DIVULGATO, TACERO' COME COSA SACRA. CHE IO POSSA, SE AVRO' CON OGNI SCRUPOLO OSSERVATO QUESTO MIO GIURAMENTO SENZA MAI TRASGREDIRLO, VIVERE A LUNGO E FELICEMENTE NELLA PIENA STIMA DI TUTTI E RACCOGLIERE COPIOSI FRUTTI DELLA MIA ARTE. CHE SE INVECE LO VIOLERO' E SARO' QUINDI SPERGIURO POSSA CAPITARMI TUTTO IL CONTRARIO.

INSISTENZE DI ALCUNO PROPINERO' MEDICAMENTI LETALI NE' COMMITTERO' MAI COSE DI QUESTO GENERE, E PER LO STESSO MOTIVO NON MAI AD ALCUNA DONNA SUGGERIRO' PRESCRIZIONI CHE POSSANO FARLA ABORTIRE, MA SERBERO' CASTA E PURA DA OGNI DELITTO SIA LA VITA SIA LA MIA ARTE, NE' OPERERO' I MALATI DI CALCOLI LASCIANDO TAL COMPITO AGLI ESPERTI DI QUELLA ARTE. IN QUALSIASI CASA ENTRATO, BADERO' SOLTANTO ALLA SALUTE DEGLI INFERMI RIFUGGENDO OGNI SOSPETTO DI INGIUSTIZIA E DI USATA CORRUZIONE E SOPRATTUTTO DAL DESIDERIO DI ILLECITE RELAZIONI CON DONNE

Ὅμνυμι Ἀπόλλωνα ἰητρὸν, καὶ Ἀσκληπιὸν, καὶ Ὑγείαν, καὶ Πανάκειαν, καὶ θεοὺς πάντας τε καὶ πάσας, Ἰστορας ποιεύμενος, ἐπιτελέα ποιήσῃσι κατὰ δύναιμι καὶ κρίσιν ἐμὴν ὄρκον τόνδε καὶ ξυγγραφὴν τήνδε.

Ἠγήσασθαι μὲν τὸν διδάξαντά με τὴν τέχνην ταύτην ἴσα γενέτησιν ἐμοῖσι, καὶ βίου κοινώσασθαι, καὶ χρεῶν χρῆζοντι μετάδοσιν ποιήσασθαι, καὶ γένος τὸ ἐξ αὐτέου ἀδελφοῖς ἴσον ἐπικρινέειν ἄῤῥεσι, καὶ διδάξειν τὴν τέχνην ταύτην, ἣν χρῆζῶσι μανθάνειν, ἄνευ μισθοῦ καὶ ξυγγραφῆς, παραγγελίης τε καὶ ἀκροήσιος καὶ τῆς λοιπῆς ἀπάσης μαθήσιος μετάδοσιν ποιήσασθαι υἱοῖσι τε ἐμοῖσι, καὶ τοῖσι τοῦ ἐμὲ διδάξαντος, καὶ μαθηταῖσι συγγεγραμμένοισι τε καὶ ὠρτισμένοις νόμῳ ἰητρικῷ, ἄλλῳ δὲ οὐδενί.

Διαιτημασί τε χρῆσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναιμι καὶ κρίσιν ἐμὴν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καὶ ἀδικίῃ εἴρξειν.

Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑψηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε. Ὅμοιως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσὸν φθόριον δώσω. Ἀγνώως δὲ καὶ ὀσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμὴν.

Οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθῶντας, ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτησιν ἀνδράσι πρήξιος τῆσδε.

Ἐς οἰκίας δὲ ὀκόσας ἂν εἶσω, ἐσελεύσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων, ἐκτὸς ἐὼν πάσης ἀδικίης ἐκουσίης καὶ φθορίης, τῆς τε ἄλλης καὶ ἀφροδισίων ἐργῶν ἐπὶ τε γυναικείων σωμάτων καὶ ἀνδρώων, ἐλευθέρων τε καὶ δούλων.

Ἄ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἢ ἴδω, ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπείης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἂ μὴ χρῆ ποτε ἐκλαλέεσθαι ἐξω, σιγήσομαι, ἄῤῥητα ἠγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα.

Ὅρκον μὲν οὖν μοι τόνδε ἐπιτελέα ποιέοντι, καὶ μὴ ξυγχεόντι, εἴη ἐπαύρασθαι καὶ βίου καὶ τέχνης δοξαζομένῳ παρὰ

Giuro per Apollo medico e Asclepio e Igea e Panacea e per tutti gli dei e per tutte le dee, chiamandoli a testimoni, che eseguirò, secondo le forze e il mio giudizio, questo giuramento e questo impegno scritto: di stimare il mio maestro di questa arte come mio padre e di vivere insieme a lui e di soccorrerlo se ha bisogno e che considererò i suoi figli come fratelli e insegnerò quest'arte, se essi desiderano apprenderla; di rendere partecipi dei precetti e degli insegnamenti orali e di ogni altra dottrina i miei figli e i figli del mio maestro e gli allievi legati da un contratto e vincolati dal giuramento del medico, ma nessun altro.

Regolerò il tenore di vita per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio; mi asterrò dal recar danno e offesa.

Non somministrerò ad alcuno, neppure se richiesto, un farmaco mortale, né suggerirò un tale consiglio; similmente a nessuna donna io darò un medicinale abortivo.

Con innocenza e purezza io custodirò la mia vita e la mia arte. Non opererò coloro che soffrono del male della pietra, ma mi rivolgerò a coloro che sono esperti di questa attività.

In qualsiasi casa andrò, io vi entrerò per il sollievo dei malati, e mi asterrò da ogni offesa e danno volontario, e fra l'altro da ogni azione corruttrice sul corpo delle donne e degli uomini, liberi e schiavi.

Ciò che io possa vedere o sentire durante il mio esercizio o anche fuori dell'esercizio sulla vita degli uomini, tacerò ciò che non è necessario sia divulgato, ritenendo come un segreto cose simili.

Ma solo nell'antica Roma si possono trovare i primi riferimenti seppur indiretti di medicina peritale, veniva infatti richiesta la testimonianza del medico dai giureconsulti romani per i loro giudizi che venivano suggellati dalla frase "*propter auctoritatem doctissimi Hyppocratis*".

Dopo un periodo di buio dalla decadenza dell'Impero Romano, si deve giungere al 1200 per ritrovare collegamenti tra il pensiero medico e giuridico. Risale infatti al 1231 la norma emanata da Federico II "*Constitutiones Augustales*" inerente l'intervento dei periti nei procedimenti giudiziari.

Risale a quegli anni l'importanza della perizia nei processi, approvata dai Pontefici Romani, se ne trova traccia nelle "Decretali" (lettere emesse da un Papa contenenti disposizioni giuridiche generali) di Innocenzo III, Onorio II e Gregorio IX, le quali prevedevano l'intervento ed il ricorso al perito medico, sino ad allora contemplati dal Diritto Canonico ad uso dei soli Tribunali Ecclesiastici.

In particolare, nelle Decretali "*De Probantibus*", si faceva particolare riferimento agli accertamenti medico – legali in ambito di nullità matrimoniali stabilendo l'inefficacia di qualsiasi testimonianza se l'ispezione corporale della donna provava il contrario: "*... si uxor, per ipsius corporis aspectum, probat contrarium ...*"¹.

Nel periodo rinascimentale, la medicina peritale ebbe un'ulteriore agevolazione dalla promulgazione ad opera di Carlo V della "*Constitutio criminalis*", testo legislativo riformatore, che aveva lo scopo di uniformare, sulla base del diritto romano e canonico, il diritto penale dell'Impero.

Si instaurarono quindi vincoli più stretti tra scienza medica e diritto e la Medicina Legale si avviava a diventare una disciplina autonoma.

Si deve arrivare al 1621, ad opera di Paolo Zacchia, nelle sue "*Quaestiones medico – legales*", per racchiudere in unico testo lo scibile della disciplina.

Si tratta di un'opera di medicina legale scritta per medici e giureconsulti, composta da nove volumi, completamente in lingua latina: gli argomenti approfonditi spaziano dalla gravidanza al parto, dall'impotenza *coeundi e generandi* alla bisessualità, dalle simulazioni di malattia alle malattie mentali nonché sviluppa temi di tossicologia ivi compresi i veleni, per poi dedicarsi a questioni quali la verginità e lo stupro oltreché agli errori medici puniti dalla legge e quindi di pene e di tor-

¹ se la moglie, dal suo aspetto fisico, dimostra il contrario

ture. L'ultimo libro il nono, affronta invece, con taglio pratico, la casistica dei processi già avvenuti all'epoca dell'autore.

Viene istituita nel 1788, da parte di Papa Pio VI, la cattedra romana di "Chirurgia anche forense", acquistando la materia carattere scientifico ed entrando a pieno titolo nelle aule universitarie.

Nell' 800 la medicina legale raggiunge la sua piena maturità e nel 1876 con Cesare Lombroso, venne fondata, all'interno, una nuova branca: l' Antropologia



Ritratto di Cesare Lombroso, olio su tela di A.M. Mucchi, 1910 (foto Museo di antropologia criminale)

La fisiognomica, secondo Lombroso



criminale. Lo stesso nel 1898 creò a Torino il museo di Psichiatria e Antropologia criminale.

Tra i sostenitori della scuola di Lombroso va ricordato Salvatore Ottolenghi, suo discepolo, il quale fu il primo studioso di tecniche di investigazioni scientifiche e delle indagini di sopralluogo tanto da fondare la Scuola di Polizia Scientifica di cui fu anche Direttore.

Dopo averne ripercorso brevemente la storia, si specificano ora quelle che sono le branche della medicina legale. Alcune delle quali svolgono un'importante funzione sociale.

Essenzialmente si possono suddividere le varie attività in diversi ambiti: quello universitario, quello pubblico e quello privato. Nel primo la medicina legale si occupa, oltre che del servizio obitoriale comunale (presente in alcune sedi) anche di tanatodiagnostica, di autopsie e perizie giudiziarie, di indagini di laboratorio nell'ambito dell'ematologia forense e genetica forense nonché analisi tossicologiche e ricerche istologiche oltre naturalmente alla formazione dello specialista medico legale attraverso le scuole di specializzazione, dottorati di ricerca e master di qualificazione.

In ambito pubblico invece si ricordano i servizi di medicina legale delle aziende sanitarie tra cui: il rilascio delle certificazioni medico legali (certificato sanitario per idoneità patenti di guida A-B-C-D-E - tranne che per i soggetti di cui all'art. 119 del Codice della strada - certificato sanitario per idoneità patenti guida natanti, certificato esonero cinture di sicurezza, certificato contrassegno parcheggio invalidi, il rilascio patente speciale per i soggetti di cui all'art. 119 del Codice della strada; certificato di idoneità per il porto d'armi e la detenzione di armi, certificato elettorale per l'ammissione al voto dei disabili, certificato di idoneità all'adozione, previa esibizione dell'autorizzazione del Tribunale; certificazione di idoneità fisica al lavoro, visita di controllo richiesta dal datore di lavoro al lavoratore dipendente che ha dichiarato l'inabilità temporanea al lavoro, certificato per astensione anticipata dal lavoro in gravidanza; visita collegiale per il riconoscimento dell'invalidità civile, cecità e sordomutismo, visita collegiale per il riconoscimento dello stato di handicap, visita collegiale per l'inserimento lavorativo disabili).

Nel settore della libera professione si effettuano consulenze e perizie in ambito penale, civile, lavoro e previdenziale oltre agli arbitrati nonché la medicina assicurativa in qualità di fiduciari.

II

Capitolo

ELEMENTI GENERALI DI DIRITTO

SOMMARIO: Introduzione – 2.1 Principali forme di diritto – 2.2 Le fonti del diritto: fonti di produzione e fonti di cognizione – 2.3 La norma giuridica

Se l'uomo vivesse solo in un'isola deserta, potrebbe vivere senza complicazioni e senza regole come invece accade a tutti gli esseri umani che si uniscono ai loro simili dando vita a gruppi più o meno complessi.

Anche il filosofo Aristotele, riteneva che l'uomo è un animale politico, portato per sua natura a vivere in società con altri uomini.

Cosa si intende allora per società? Per definizione la società è costituita da una pluralità di individui organizzati per un fine di interesse collettivo¹, e non esiste una società organizzata dove non ci siano norme destinate al vaglio dei comportamenti umani ovvero dove esista il diritto.

Gli elementi che concorrono a formare una società, sono essenzialmente tre: 1) la *pluralità di persone*: è evidente ove vi sia un solo individuo, come nel caso dell'eremita, non vi può essere una comunità; 2) l'*organizzazione*: ogni società deve avere delle regole interne che disciplinino i rapporti tra i vari individui e deve disporre di organi deputati al controllo che tali regole vengano rispettate; 3) lo *scopo comune*: la società e/o comunità deve avere una finalità che i componenti si propongono di realizzare insieme.

Quindi, se una società si basa su regole di condotta che vadano a disciplinare i comportamenti degli individui, deve avere nella sua "organizzazione" regole sociali o delle vere norme giuridiche.

Per regole sociali si intendono quelle che non prevedono una costrizione esterna ma si basano sulla spontanea adesione ai valori che esprimono, siano esse religiose, morali e/o di costume.

¹ "Diritto Pubblico" di Roberto Bin – Giovanni Pitruzzella, Ed. Giappichelli, Torino 2011

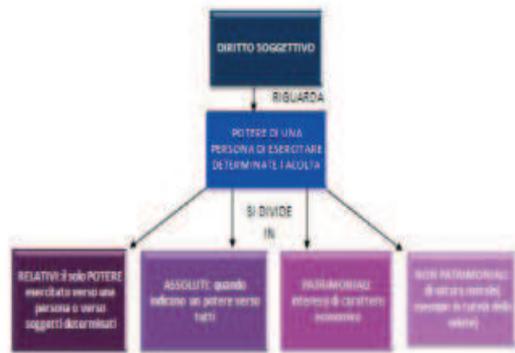
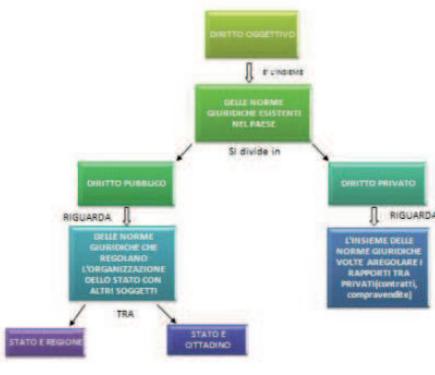
Le regole religiose disciplinano il rapporto tra l'individuo e la sua divinità, si attuano tramite precetti o comandamenti che vietano alcuni comportamenti e ne impongono altri.

Le regole morali codificano la condotta dell'uomo imponendo alla propria coscienza valori assoluti: la distinzione tra bene e male; la loro inosservanza può dare luogo ad una "sanzione" generalmente interiore, rappresentata dal rimorso o dal pentimento e che può generare una "sanzione" esterna costituita dalla disapprovazione degli individui appartenenti alla società.

Le regole di costume o sociali invece comprendono nel loro insieme più aspetti: quelli di cortesia, quelli di galateo che regolano la condotta dell'uomo in rapporto ai principi di "convenienza" sociale; la loro trasgressione può comportare "sanzioni esterne" semplici come la riprovazione ed il biasimo.

Sulle norme giuridiche possiamo innanzitutto affermare che esse vengono imposte dalla Pubblica Autorità, applicando delle sanzioni a carico del trasgressore. La prima differenza quindi non è rappresentata dal contesto, che può anche non coincidere, ma nella loro diversa obbligatorietà: il pagamento di un debito di gioco, che possiamo definire un debito d'onore, rappresenta un obbligo sociale (obbligazione naturale)² ma non un obbligo giuridico.

Ma che cos'è il diritto? Nel linguaggio comune assume due significati diversi tra loro; quello di cui sopra, che rappresenta il cosiddetto *diritto oggettivo*, cioè l'insieme di norme giuridiche ovvero l'ordinamento giuridico. L'altro, il *diritto soggettivo*, che sta ad indicare una pretesa, l'interesse di un individuo protetto direttamente dalla legge o più in generale dal *diritto oggettivo*.



² Le Obbligazioni naturali, derivando da doveri morali e sociali e non quindi da doveri giuridici, non sono coercibili ovvero non si può adire l'autorità giudiziaria per ottenerne l'esecuzione.

Appare naturale l'interdipendenza tra i due: sarebbe inutile la frase "è un mio diritto", usata in senso soggettivo, se la pretesa non trovasse riscontro in una norma giuridica che lo riconoscesse e che avesse gli strumenti per tutelarla.

Per meglio comprendere la differenza, si identificano i vari codici e le norme di legge con il *diritto oggettivo* mentre, ad esempio, il diritto di proprietà è un *diritto soggettivo* tutelato dal codice.

Il *diritto soggettivo* a sua volta comprende due sottospecie distinte: il diritto soggettivo *assoluto*, che può essere fatto valere *erga omnes* (verso tutti) e quello *relativo* che può essere fatto valere solo nei confronti di un determinato soggetto. Fanno parte dei diritti soggettivi assoluti due sottocategorie: la prima rappresentata dai *diritti non patrimoniali*, nei quali si inscrivono i diritti della personalità o *diritti fondamentali dell'uomo*, tra questi si ricordano il diritto alla vita, alla salute, all'integrità fisica, tutti tutelati dalla Costituzione; la seconda coincidente con i *diritti patrimoniali*, i cosiddetti *diritti reali*, che riguardano i diritti di proprietà, di godimento e di garanzia³.

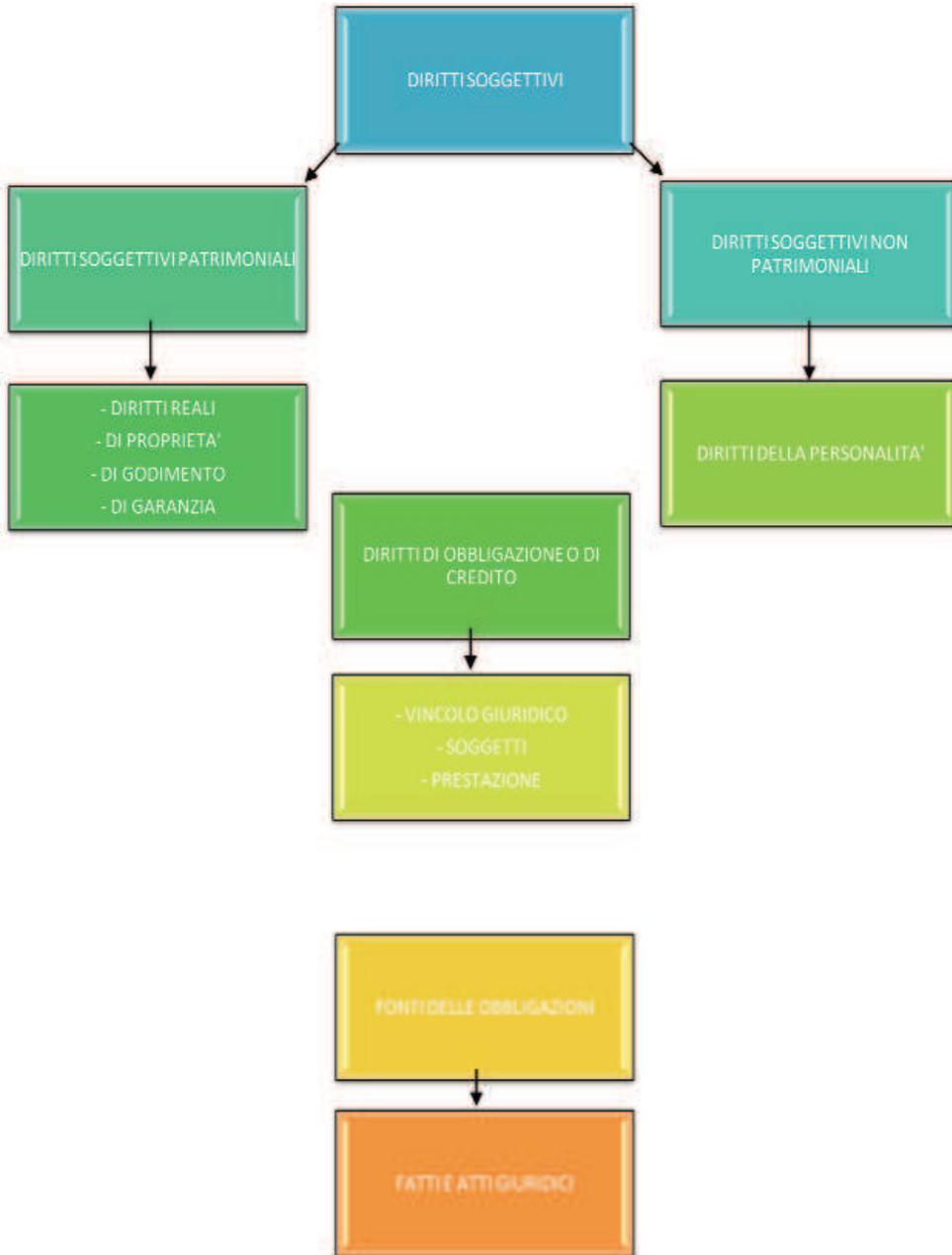
I diritti soggettivi relativi invece sono diritti patrimoniali che coincidono con i diritti di credito vi è infatti, un soggetto (creditore) che avanza una pretesa nei confronti di un altro determinato soggetto (debitore): esempio Tizio si rivolge all'infermiere Caio per ricevere una medicazione, Tizio è debitore nei confronti di Caio del prezzo della medicazione e a sua volta è creditore di Caio per la prestazione richiesta; Caio è debitore nei confronti di Tizio della medicazione e creditore dello stesso per l'onorario della prestazione.

Un'ultima precisazione terminologica è necessaria: quando la parola "diritto" non è seguita dall'aggettivo *soggettivo*, si dovrà intendere sempre in senso *oggettivo*.

Preme sottolineare come in verità il diritto non si occupi di disciplinare tutti i fatti della realtà quotidiana ma soltanto quelli che possano effettivamente avere un rilevanza giuridica.

Si parla invero di **fatti giuridici** riferendosi ad accadimenti sia naturali che umani produttivi di effetti giuridici che hanno quindi un interesse per la società/comunità.

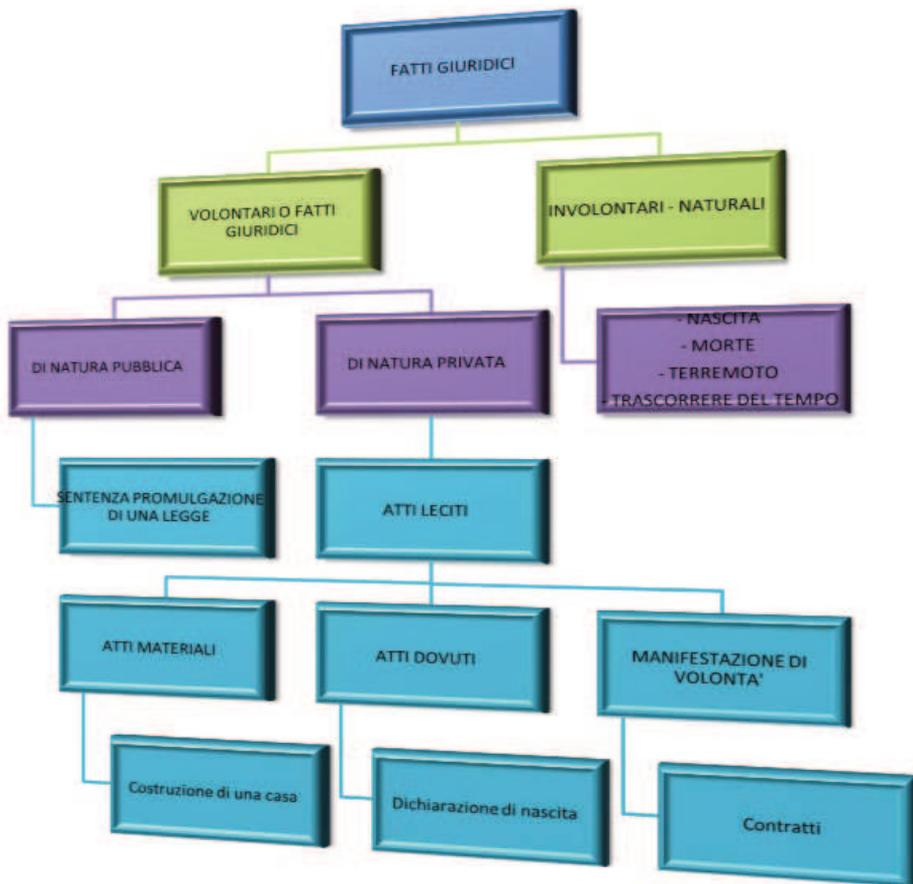
³ Il *diritto di proprietà* rappresenta quel diritto cioè la facoltà di godere e disporre delle cose in modo totale ed esclusivo, entro naturalmente i limiti e gli obblighi della normativa. Il *diritto di godimento* è un diritto reale minore e rappresenta quello che grava sui beni che sono di proprietà di diversi soggetti (esempi sono il diritto di percepire un canone, il diritto di superficie, l'usufrutto). I *diritti di garanzia* sono rappresentati da quei diritti che hanno funzione vincolante di un bene (il pegno, l'ipoteca).



Schema 3

I fatti naturali detti anche involontari sono eventi della natura quali la nascita, la morte, le alluvioni e tutte le altre calamità naturali; i fatti umani detti anche volontari sono quelli che dipendono dall'azione dell'uomo quindi comportamenti consapevoli e volontari.

I fatti giuridici si distinguono poi in fatti leciti o illeciti a seconda che siano conformi alle norme previste dall'ordinamento come nel primo caso oppure siano contrari al diritto come nel secondo. I fatti illeciti inoltre si suddividono ulteriormente in illeciti penali qualora violino le norme poste a salvaguardia di un interesse pubblico (reati) mentre sono illeciti civili quelli che contravvengono a disposizioni dell'ordinamento poste a protezione di un interesse privato (torto).



Schema 4

2. 1 Principali forme di diritto

Tradizionalmente il diritto si divide in due grandi sistemi di norme, a seconda dell'interesse che prevale: se è l'interesse di Stato si parlerà di *diritto pubblico*, se l'interesse del privato cittadino si parlerà di *diritto privato*.

Il diritto privato disciplina i rapporti tra soggetti che si trovano in condizioni di parità ovvero rapporti tra privati o tra privati ed enti pubblici nel caso in cui questi ultimi si comportino come soggetti privati, ovvero non esercitino il potere di supremazia. Un esempio può essere rappresentato da un comune (Ente pubblico) che vuole locare un immobile con destinazione di ufficio pubblico, in questo caso la posizione dell'ente è paritetica a quella di un privato poiché nella transazione disporrà degli stessi diritti – doveri di un privato cittadino.

Le diverse discipline di cui si occupa il diritto privato sono il *diritto commerciale* e il *diritto civile*, il *diritto del lavoro*, il *diritto di famiglia*.

Il diritto pubblico invece disciplina i rapporti collettivi ove una delle parti è rappresentata da un'Autorità pubblica e dove prevale il principio dell'Autorità nell'interesse generale. Un esempio può essere rappresentato dall'espropriazione di un terreno di proprietà di un privato per motivi di ordine pubblico come la costruzione di un'autostrada, se l'espropriazione è compiuta nel rispetto della legge, ivi compreso il giusto compenso economico, il proprietario non può opporvisi poiché l'interesse generale della comunità è primario.

Fanno parte del diritto pubblico il *diritto costituzionale*, rappresentato dalle norme che disciplinano i rapporti tra Stato e cittadini e comprende l'insieme delle norme che garantiscono i diritti fondamentali dei cittadini; il *diritto amministrativo*, che regola le attività della pubblica amministrazione cioè l'attività dello Stato e degli altri Enti pubblici diretta a soddisfare i bisogni collettivi come l'ordine pubblico, la difesa, l'istruzione, la sanità; il *diritto penale*, finalizzato a prevenire e reprimere i reati; il *diritto processuale*, che serve a regolare l'attività dei giudici nell'applicazione delle norme giuridiche a casi concreti e si distinguono a seconda della natura della controversia, in penale, civile ed amministrativo. Infine fa parte del diritto pubblico, il *diritto ecclesiastico*, riguardante invece i rapporti tra Stato e confessioni religiose.

2.2 Le fonti del diritto: fonti di produzione e fonti di cognizione

Le fonti del diritto sono tutti quegli atti e fatti, deliberati da particolari soggetti pubblici e secondo particolari procedure, che producono, modificano o abrogano norme giuridiche.

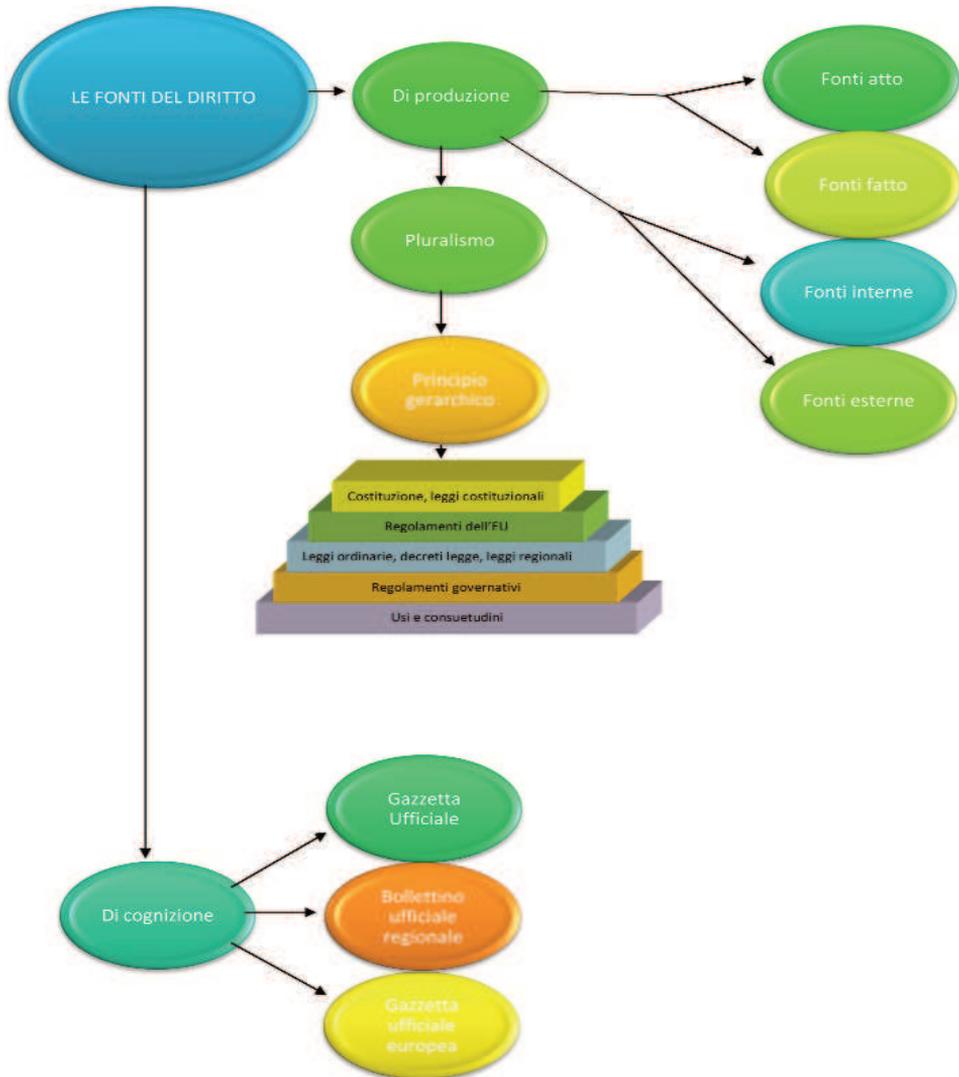
Le fonti del diritto italiano sono costituite prevalentemente da atti e in misura minore da fatti, cioè consuetudini. Le fonti del diritto si distinguono in fonti di cognizione e fonti di produzione. Le *fonti di cognizione* sono quegli atti che *non* producono norme ma ne agevolano la conoscenza (Gazzetta Ufficiale, Bollettini Regionali); le *fonti di produzione* sono invece quelle che producono il diritto oggettivo, che fanno nascere nuove norme giuridiche. Queste ultime si dividono in *fonti - atto* e *fonti - fatto*, le prime sono rappresentate da documenti scritti come le leggi, mentre le seconde derivano da comportamenti umani trasformati in norma come le consuetudini.

Nell'ordinamento giuridico italiano si ritrovano numerose fonti di produzione, tanto che vengono strutturate rigidamente in senso gerarchico, in modo tale che le norme di fonti poste inferiormente, non possano entrare in contrasto con quelle superiori, esempi ne sono tutte quelle leggi che vengono promulgate e dichiarate successivamente incostituzionali poiché la norma contenuta è contraria ad un diritto costituzionale.

L'ordine gerarchico decrescente (vedi schema) è il seguente:

1. Costituzione e leggi costituzionali.
2. Normativa consuetudinaria internazionale e normativa comunitaria (regolamenti, direttive e decisioni).
3. Legge ordinaria e atti equiparati (decreto – legge, decreto legislativo delegato).
4. Legge regionale e delle provincie autonome di Trento e Bolzano.
5. Regolamenti governativi.
6. Regolamenti ministeriali.
7. Normativa degli enti pubblici e degli enti locali.
8. Usi e consuetudini.

Corre l'obbligo di precisare che nel nostro ordinamento, non trova applicazione il principio del precedente giudiziario, come invece avviene nel diritto anglo – sassone, ove la sentenza al contrario, crea diritto; fanno eccezione le sentenze della Corte Costituzionale pronunciate nei giudizi di costituzionalità di una norma di legge.



Schema 5

2.3 La norma giuridica

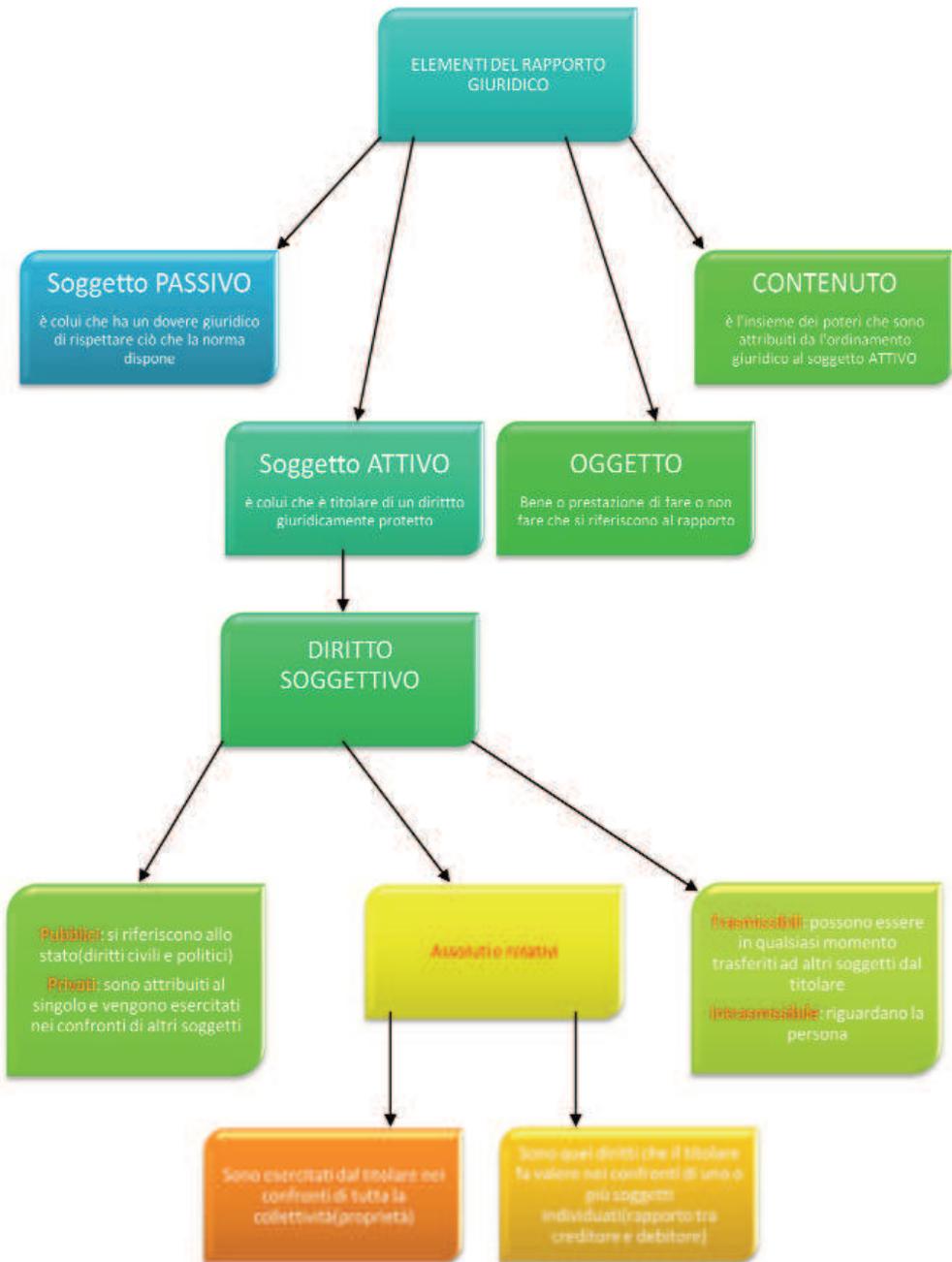
Come già precedentemente anticipato, le norme sono delle regole che possono riguardare diversi ambiti, nello specifico si definiscono giuridiche quelle che hanno determinate caratteristiche e precisa struttura.

Due sono gli elementi fondamentali della norma giuridica: la *fattispecie* e la *statuizione*, la prima concerne nella descrizione di un fatto astratto tanto che viene anche definita fatto tipo o situazione tipo, la seconda invece è la conseguenza ricollegabile alla situazione tipo o fattispecie (ad esempio, il proprietario di un animale o chi se ne serve per il tempo in cui lo ha in uso [fattispecie] è responsabile dei danni cagionati dall'animale [statuizione] ed è quindi implicito che dovrà risarcirli).

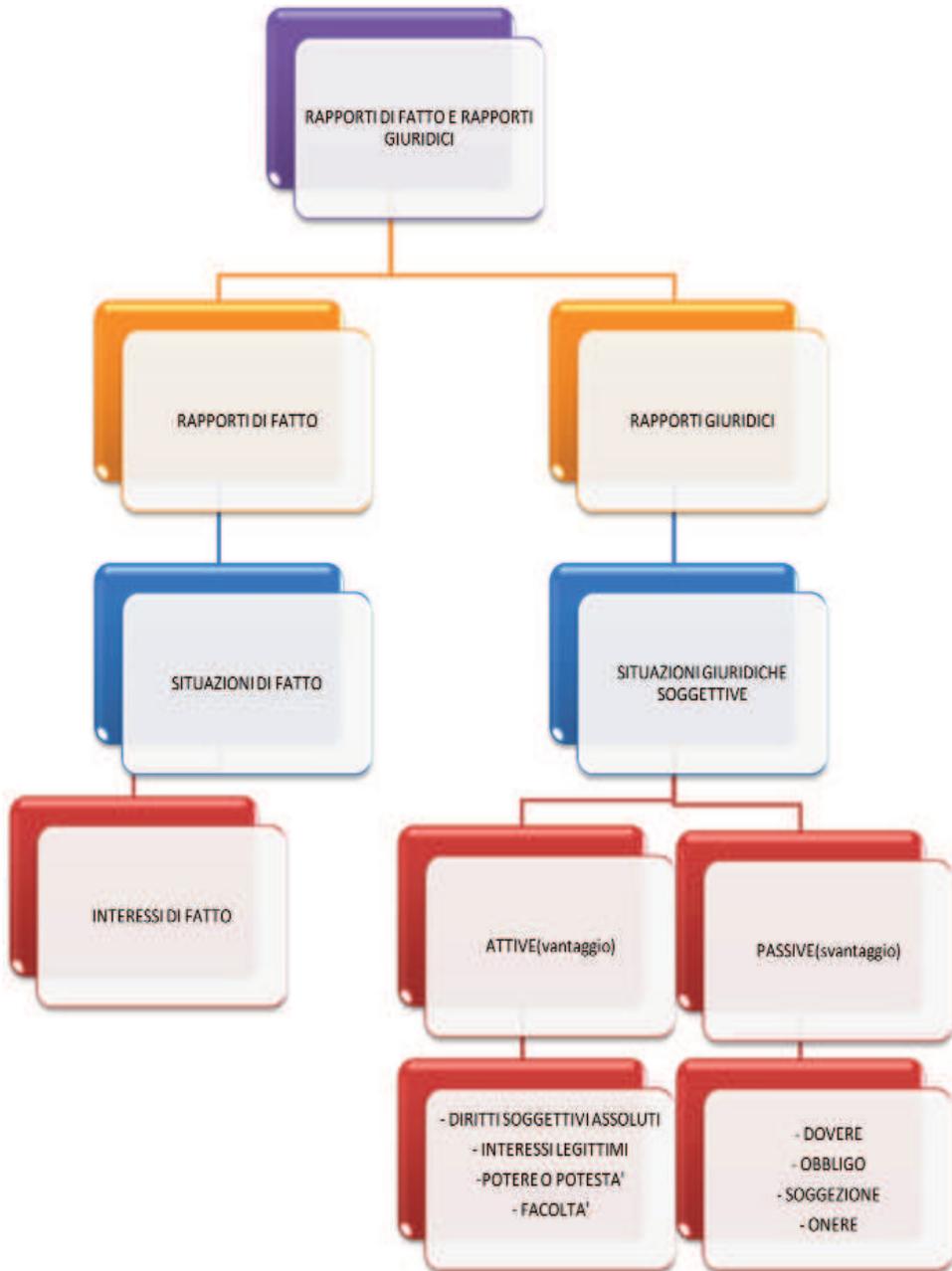
Relativamente alla loro efficacia le norme si distinguono in *norme derogabili* e *norme inderogabili*: quelle inderogabili o imperative, sono tutte quelle che impongono regole di condotta che non possono essere modificate (il divorzio che attualmente può essere richiesto dai coniugi solo se già separati); quelle derogabili che si distinguono in suppletive e dispositive, permettono ai destinatari di derogare alla regola (ad esempio Tizio chiede un prestito a Caio. Normalmente Tizio dovrebbe oltre alla somma richiesta corrispondere a Caio gli interessi maturati, ma in virtù di una norma derogabile i medesimi possono concordare un prestito privo di interessi e quindi gratuito, derogando alla norma che prevede la corresponsione degli interessi maturati).

Per quanto concerne, infine, le caratteristiche, la norma ha i seguenti caratteri:

- ▶ Positività – Statualità perché viene imposta dallo Stato;
- ▶ Generalità poiché è indirizzata a tutti;
- ▶ Astrattezza perché riguarda situazioni/fatti non concreti;
- ▶ Coattività poiché deve essere osservata obbligatoriamente pena la sanzione;
- ▶ Bilateralità perché nel momento in cui riconosce un diritto ad un soggetto contemporaneamente fa sorgere doveri a carico di altri.



Schema 6



Schema 7

III

Capitolo

ELEMENTI DI DIRITTO PUBBLICO

SOMMARIO: **Introduzione - 3.1 La Carta Costituzionale – 3.2 Il potere legislativo – 3.3 Iter legis – 3.4 Il potere esecutivo – 3.5 Il potere giudiziario**

Come si è già anticipato, il diritto pubblico è rappresentato dall'insieme di norme che stabiliscono quali comportamenti devono essere considerati pericolosi per la società nel suo insieme e come sono organizzati i pubblici poteri: regola quindi sostanzialmente i rapporti tra Stato e cittadini. Ma cosa s'intende per Stato? Secondo i comuni dizionari è "Entità giuridica e politica sovrana costituita da un territorio, da una popolazione che lo occupa e da un ordinamento giuridico attraverso cui la sovranità viene esercitata", nella realtà tale definizione non ne rispecchia il reale significato, oggi la concezione più condivisa è "ente territoriale sovrano consistente nell'organizzazione politica di un popolo, stanziato stabilmente su un territorio determinato e sottoposto all'autorità di un governo". Dalla definizione enunciata, risulta evidente come lo Stato sia composto da tre elementi fondamentali: l'elemento personale (il popolo), l'elemento materiale (il territorio), l'elemento giuridico (l'organizzazione), quando un'entità possiede l'organizzazione allora ci si trova di fronte ad un'istituzione, se questa è rappresentata dall'intreccio dei tre elementi detti, allora ci si trova in presenza di uno Stato.

L'elemento personale dello Stato che, con termine giuridico si definisce Popolo, non è costituito da un qualsiasi complesso di persone, ma solo da quelle giuridicamente legate allo Stato, deve cioè esistere tra queste e lo Stato un vincolo giuridico (il vincolo di cittadinanza), che sia cioè disciplinato dalla legge e includente un insieme di diritti e doveri. È necessario precisare che i termini "popolo", "popolazione" e "nazione" non stanno ad indicare tre concetti sinonimi: il popolo è il complesso dei cittadini, esso risponde ad una configurazione che deriva da una uniformità data da un denominatore comune, la popolazione è l'insieme di

persone che in un determinato momento, prescindendo dal suo rapporto giuridico con lo Stato, si trova nel suo territorio, la Nazione infine, è un fenomeno giuridico in quanto produce effetti giuridici.

La cittadinanza si è detto è il rapporto giuridico che lega la persona fisica (il popolo) allo Stato, si parla dell'acquisto di una funzione giuridica stabile, come la cittadinanza, quando vi siano criteri che funzionano universalmente, poiché il fenomeno è legato a talune circostanze che sono ricorrenti in tutti gli ordinamenti giuridici, ciò che varia è la loro combinazione. La funzione giuridica stabile si acquista per fatto naturale o per fatto successivo ovverosia la nascita o la morte. La si può acquisire in base a diversi criteri, dal legame di sangue (*ius sanguinis*): è cittadino di uno Stato chi nasce da padre o madre cittadino di quel determinato Stato; da un legame territoriale (*ius soli*): è cittadino di uno stato chi nasce nel territorio di quel determinato Stato, questo criterio viene usato anche nel caso limite in cui non sia evidenziata la cittadinanza dei genitori, che potrebbero essere apolidi o stranieri oppure nel caso in cui il bambino sia figlio di genitori ignoti e quindi in relazione al luogo di rinvenimento si applica il criterio del *ius soli*. Il nostro sistema prevede la normativa mista e cioè per l'acquisizione della cittadinanza si concretizzano entrambi i criteri (*ius soli e ius sanguinis*). Vi sono ancora altri criteri: il criterio dell'estensione, in base al quale è cittadino italiano colui che pur se straniero, sposa una persona con cittadinanza italiana o per beneficio di legge ovverosia quando uno straniero presta servizio allo Stato o ricopra cariche pubbliche in Italia o all'estero da parte dello Stato Italiano; infine, per naturalizzazione: questa procedura ha luogo con decreto del Presidente della Repubblica, su parere del Consiglio di Stato e su proposta del Ministro degli Interni per meriti particolari.

Il territorio, secondo elemento dello Stato, ha un aspetto limitativo, rappresenta l'ambito spaziale entro il quale il popolo risiede ove vige l'ordinamento giuridico, in base al '**principio dell'effettività**'¹ si preferisce definire il territorio come l'insieme delle situazioni in cui uno Stato ha la sovranità e l'esercizio delle potestà sovrane il cui concetto viene correttamente espresso dall'articolo 4 del c.p. che recita: «*Agli effetti della legge penale è territorio dello Stato il territorio della Re-*

¹ Il **principio di effettività** prevede la concreta esecuzione di quanto statuito dal diritto sostanziale. È il principio sul quale si basa la tutela dei diritti nel singolo caso concreto ed è questa sua idoneità che garantisce l'efficacia delle norme di diritto all'interno di un ordinamento giuridico, può essere considerato un parametro per valutare la validità di un determinato sistema legislativo.

pubblica, e ogni altro luogo soggetto alla sovranità dello Stato. Le navi e gli aeromobili italiani sono considerati come territorio dello Stato, ovunque si trovino, salvo che siano soggetti, secondo il diritto internazionale, a una legge territoriale straniera». Altro profilo relativo al territorio è il titolo di appartenenza, titolo attraverso il quale lo Stato esercita le proprie facoltà nel territorio dello Stato stesso.

Il terzo elemento, quello giuridico cioè l'organizzazione (ordinamento) che è l'equivalente di governo, il significato più ampio lo definisce come il complesso di organi che provvedono alla direzione politica dello Stato e che sono di conseguenza titolari del potere legislativo, esecutivo e giudiziario. Secondo invece la sua accezione tecnica, la nostra Costituzione² lo definisce come l'organo composto dal Presidente del Consiglio e dai Ministri. Il Governo si occupa della pubblica amministrazione e dell'uso della forza pubblica (esercito, polizia) nonché delle risorse finanziarie dello Stato, intrattiene i rapporti con gli altri Stati, prende le decisioni rapide, attraverso atti legislativi di necessità, dato che è ristretto e politicamente omogeneo (a differenza del Parlamento che è formato da due Camere, numerose e politicamente disomogenee) ed è in grado di metterle in pratica. Poiché nel Governo si realizza la massima concentrazione di potere all'interno dello Stato, gli sono stati dati dei limiti di potere, in modo da evitare l'esercizio di un autorità incontrollata e, di garantire che questi potesse usare il suo potere in modo democratico ovvero sia in modo corrispondente alla volontà della maggioranza della popolazione. Il problema dei limiti è stato risolto sottoponendo il Governo alla sovranità della Legge attraverso il cosiddetto principio di legalità in base al quale il Governo può agire esclusivamente nei limiti fissati preventivamente dalla legge e, i suoi atti, possono essere sottoposti al giudizio dell'Autorità giudiziaria che può annullarli se risultassero illegittimi.

Il problema della legittimazione democratica del Governo è stato risolto in modo diverso sia nelle forme di governo presidenziali che in quelle parlamentari. Nelle forme di governo presidenziali esso gode di una legittimazione democratica propria alla pari del Parlamento poiché esso è eletto direttamente dal Popolo; nelle forme di governo parlamentari invece gode di una legittimazione democratica originata e rappresentata dalla maggioranza politica che si costituisce in seno al Parlamento: per governare deve ottenere la sua fiducia ed è obbligato a dimet-

² Art. 92 della Costituzione: « Il Governo della Repubblica è composto del Presidente del Consiglio e dei ministri, che costituiscono insieme il Consiglio dei ministri. Il Presidente della Repubblica nomina il Presidente del Consiglio dei ministri e, su proposta di questo, i ministri».

tersi quando tale fiducia viene a mancare.

Ma anche all'interno delle forme parlamentari esistono apprezzabili differenze, che dipendono da due condizioni fondamentali: la coesione e la stabilità della maggioranza parlamentare di cui il Governo è espressione. Nei paesi in cui esiste un sistema bipartitico o comunque di tipo bipolare, i risultati delle elezioni per il Parlamento, determinano automaticamente la formazione del Governo: il partito che vince le elezioni va al governo e il suo leader ne diventa il Presidente. Nei paesi in cui esistono numerosi partiti ove nessuno di essi è in grado di conquistare da solo la maggioranza dei seggi in Parlamento per formare un governo, è necessario un accordo tra più partiti che insieme dispongano almeno della maggioranza dei seggi in parlamento. In tale situazione i governi sono sempre di coalizione, generalmente meno stabili ed il loro programma è il frutto di un compromesso tra partiti. Vi è quindi una notevole probabilità che nel corso della vita di un governo, sorgano divergenze tra i partiti tali da minare e compromettere l'accordo e condurre ad una crisi di governo.

Il Governo Italiano ha due caratteristiche principali da molti anni, l'instabilità poiché ha avuto per lo più una vita molto breve: nelle prime 11 legislature (1948-1992) ci sono stati 45 governi in 44 anni, la durata media dei governi è stato quindi inferiore all'anno e nessun Governo è stato in gradi di reggere per tutta la legislatura; la continuità giacché, benché i governi siano cambiati spesso, essi sono stati formati grosso modo dagli stessi uomini e dagli stessi partiti.

Il Presidente del Consiglio ha una posizione di supremazia sugli altri membri del Governo, per prima cosa egli ha il compito di formarlo, una volta ricevuto l'incarico da parte del Capo dello Stato, quindi di scegliere i Ministri secondo l'art. 92 comma 2 della Costituzione, le sue dimissioni provocano la caduta dell'intero governo. Inoltre, egli dirige la politica generale del Governo, mantiene l'unità dell'indirizzo politico - amministrativo promuovendo e coordinando l'attività dei Ministri, convoca le riunioni del Consiglio dei Ministri, ne stabilisce l'ordine del giorno e lo presiede. Egli non può dare ordini ai singoli Ministri nei settori di loro competenza, non è infatti un loro superiore gerarchico, ma può impartire loro direttive in attuazione delle decisioni del Consiglio, può sospendere atti da parte dei Ministri e può chiedere loro di concordare con lui le dichiarazioni pubbliche che essi intendono rilasciare: la Presidenza del Consiglio ha sede a Roma a Palazzo Chigi.

All'interno del Governo uno o più Ministri possono ricoprire l'incarico dei

Vice Presidente del Consiglio, con il compito di sostituire il Presidente in caso di assenza o di impedimento temporaneo di questi. Ciascun Ministro è capo di un particolare ramo dell'Amministrazione che viene chiamato Ministero, il numero e le competenze dei ministri sono stabiliti dalla Legge, attualmente i Ministeri sono 13; come membri del Consiglio dei Ministri essi contribuiscono a definirne l'indirizzo politico e sono quindi Organi Costituzionali. Accanto ai Ministri responsabili di un ministero possono sussistere altri chiamati Ministri senza portafoglio, che non hanno alle loro dipendenze un ministero ma svolgono incarichi particolari e spesso sono chiamati a dirigere speciali dipartimenti organizzati in seno alla Presidenza del Consiglio. Non vi è un numero preciso di Ministri senza portafoglio, di volta in volta possono oscillare tra i 5 e i 18. Tutte le decisioni più importanti del Governo devono essere discusse e approvate nel Consiglio dei Ministri tra cui: il programma da presentare al Parlamento al momento della formazione del governo, i disegni di legge da sottoporre all'approvazione del Parlamento, i decreti legge, i decreti legislativi, i regolamenti governativi, le nomine dei più alti funzionari dello Stato.

Del Governo fanno anche parte, ma in modo subordinato, i Sottosegretari, vengono designati dal Consiglio dei Ministri e decadono con le dimissioni dello stesso, non partecipano alle riunioni del Consiglio ed il loro compito è quello di coadiuvare il Ministro a qui fanno capo, nelle funzioni che gli delega e di rappresentarlo nelle sedute parlamentari: alcuni sottosegretari a cui viene assegnata la responsabilità di un dipartimento all'interno di un Ministero, assumono la carica di vice ministro.

Si procede alla formazione di un nuovo governo quando il precedente ha rassegnato le dimissioni, quando cioè si è aperta una crisi di governo ovvero con l'inizio di ogni legislatura. La Costituzione italiana ha preferito affidare la nomina del nuovo governo al Presidente della Repubblica, per garantire la presenza di una figura istituzionalmente al di sopra delle parti in un momento così delicato della vita politica del paese ed ha previsto l'intervento del Parlamento in un momento successivo attraverso il voto di fiducia. Per la formazione del Governo, la Costituzione si limita a stabilire che «il Presidente della Repubblica nomina il Presidente del Consiglio e, sul presupposto di questo, i Ministri».

Subito dopo che il Presidente del Consiglio uscente ha comunicato le sue dimissioni al Presidente della Repubblica quest'ultimo dà inizio alle consultazioni cioè incontra i leader di tutti i partiti presenti in Parlamento che dispongono

della facoltà di offrirgli l'indicazione sulla soluzione della crisi: terminate le consultazioni, decide l'esponente politico a cui affidare l'incarico di formare il nuovo Governo. Se dalle elezioni è emersa con chiarezza una coalizione vincente e se la coalizione ha un proprio leader riconosciuto, il Presidente della Repubblica non ha scelta: deve designarlo come Presidente del Consiglio; in caso contrario ha una maggiore libertà, ma deve comunque individuare una persona che possa raccogliere attorno al suo nome una maggioranza parlamentare. Una volta ricevuto l'incarico di formare il Governo, il Presidente del Consiglio incaricato dovrebbe procedere alla scelta dei Ministri, se non riesce a raggiungere l'accordo per formare il Governo e rinuncia all'incarico, il Presidente della Repubblica procede a nuove consultazioni e all'assegnazione di un nuovo incarico. Se la formazione del nuovo Governo dovesse risultare impossibile, il Presidente della Repubblica può sciogliere le Camere e indire elezioni anticipate.

Una volta comunque formato il Governo, il Presidente del Consiglio sceglie i Ministri che vengono a loro volta nominati dal Capo dello Stato con proprio decreto e prestano giuramento nelle mani dello stesso. Da questo momento il nuovo Governo entra in carica e sostituisce quello precedente ma, per acquisire la pienezza dei suoi poteri, deve ottenere la fiducia del Parlamento e per tale motivo, entro 10 giorni dal giuramento, si deve presentare davanti le due Camere, dove il Presidente del Consiglio espone il programma del suo Governo. Dopo una discussione sugli argomenti riguardanti il programma avviene la votazione della mozione di fiducia: questa è un documento, presentato dai parlamentari della maggioranza in cui si afferma che la Camera approva le dichiarazioni programmatiche del Presidente del Consiglio e accorda la fiducia al Governo. Può accadere che il Parlamento neghi la fiducia al governo. In questo caso il Governo è costretto a dimettersi, ma continuerà ad esercitare le sue funzioni fino all'insediamento del Governo successivo.

Per concludere, merita un brevissimo cenno la crisi di governo e la responsabilità politica e penale dello stesso. Come si è detto, il Governo è obbligato a dimettersi quando il Parlamento non gli accorda più la fiducia; onde evitare crisi di Governo troppo frequenti, la Costituzione ha stabilito due regole: in primis che, ove il Parlamento respingesse un disegno di legge o un decreto-legge voluto dallo stesso, questo atto non va inteso come espressione di sfiducia ma può restare in carica; l'altra è che il Governo è giuridicamente obbligato a dimettersi solo quando il Parlamento approva una mozione di sfiducia.

Il Governo però, può determinare un voto di fiducia da parte del Parlamento

quando ad esempio è in discussione un provvedimento che egli considera di grande importanza, in tal caso può porre la questione di fiducia ovvero sia annunciare che considererà una prova di sfiducia la mancata approvazione di quel provvedimento e in quel caso si dimetterà: una volta posta la questione di fiducia, il provvedimento viene messo ai voti. Lo scopo del Governo in questo caso è quello di mettere il Parlamento di fronte ad una secca alternativa: o accettare la volontà del Governo o provocare la crisi. Per quanto concerne la responsabilità del Governo, ne ha di due tipi: una politica e una penale. La responsabilità politica è quella che ha nei confronti del Parlamento per la politica che segue; penalmente è quella rappresentata dai comportamenti illeciti (reati) dei Ministri nell'esercizio delle loro funzioni ed in questo caso saranno giudicati dalla Magistratura ordinaria previa autorizzazione della Camera cui appartengono o dal Senato se non sono parlamentari.

Per quanto concerne le funzioni del Governo, queste verranno affrontate successivamente nel paragrafo dedicato al potere esecutivo.

3.1 La Carta Costituzionale

« Dietro ogni articolo della Costituzione, e giovani, vi dovete vedere giovani come voi che hanno dato la vita perché la libertà e la giustizia potessero essere scritte su questa Carta »

Pietro Calamandrei

La Costituzione è la legge fondamentale dello Stato, in quanto rappresenta la base della convivenza civile, in essa vengono fissati i principi ed i fini che lo Stato si pone e vengono regolati i rapporti con e tra i cittadini: tutte le altre leggi del Paese devono ispirarsi alla Costituzione, formando l'insieme dell'ordinamento giuridico.

Il termine "costituzione" è adoperato in quattro sensi sostanziali:

- ✓ Costituzione in senso materiale: indica la struttura effettiva del potere;
- ✓ Costituzione in senso sostanziale: è l'insieme delle regole di base che stabiliscono a chi spetta l'autorità e in che modo essa è organizzata;
- ✓ Costituzione in senso formale: è un particolare atto normativo con cui viene stabilito un nuovo ordine politico, fissando in una forma scritta e solenne le sue regole più importanti;
- ✓ Costituzione in senso storico-ideologico: è una costituzione scritta ispirata a principi liberali o liberal-democratici.

La Costituzione può presentare caratteristiche diverse: può essere statutaria (o formale) oppure consuetudinaria; può essere rigida oppure flessibile; è statutaria quando è racchiusa in un documento scritto fondamentale ed unitario, come avviene per quella italiana; si dice consuetudinaria quando è rappresentata dall'insieme di testi, consuetudini, usi e interpretazioni, nati in epoche diverse (esempio ne è la Costituzione britannica). La Costituzione si dice rigida quando può essere modificata solo da una legge costituzionale e questa revisione prevede procedure particolari, in questo modo, le norme costituzionali sono ben tutelate, rispetto alle altre leggi dello Stato. La Costituzione flessibile invece, può subire modifiche tramite leggi ordinarie ed è quindi facilmente rivedibile.

Per quanto riguarda l'Italia, si può parlare di Costituzione vera e propria solo dallo Statuto Albertino, concesso da Carlo Alberto al Piemonte e alla Sardegna ed esteso in seguito a tutto il Regno d'Italia nel 1861, questa però, era flessibile, quindi come si è detto modificabile e, ciò aveva permesso l'emanazione di leggi che limitavano le libertà fondamentali. Questo si verificò in maniera inevitabile con il regime fascista, allorché Benito Mussolini, dopo la marcia su Roma, si impadronì del potere il 28 ottobre 1922: i suoi oppositori furono ben presto sottomessi, furono sciolti i partiti, ad esclusione del Partito Nazionale Fascista, e si costituì così uno Stato totalitario. L'antico Statuto Albertino continuava ad esistere ma la sua esistenza era ormai solo formale, essendo cadute tutte le concessioni liberali in esso contenute ed essendosi accentrato tutto il potere nelle mani di Mussolini. La dittatura fascista si indebolì durante la seconda guerra mondiale, combattuta dall'Italia a fianco della Germania e l'andamento sfavorevole della guerra portò alla caduta di Mussolini, il 25 luglio 1943; in seguito Vittorio Emanuele III cercò di restaurare l'antico Statuto, ma ciò non era più possibile, essendo questo, di fatto, inesistente. Al tentativo del sovrano si opposero, in particolare, i partiti riuniti nel CLN (Comitato di Liberazione Nazionale) che alla fine ebbero la meglio e, con il decreto legge del 25 giugno 1944, si conferì al Popolo Italiano il diritto di scegliere la forma costituzionale e quindi anche quella istituzionale, rinviando allo stesso tempo tale decisione al momento in cui il territorio nazionale sarebbe stato liberato. Nel frattempo Vittorio Emanuele III, abdicava in favore del figlio Umberto II, nel tentativo di salvare la monarchia ed il 2 giugno 1946, a suffragio universale, si tennero il referendum per la scelta della forma istituzionale da adottare (monarchia o repubblica) e le elezioni per la formazione dell'Assemblea Costituente. La maggioranza dei votanti scelse la Repubblica ed i lavori della Costituente iniziarono, al fine di elaborare la nuova Costituzione dello Stato Italiano. La Costituzione, promulgata dal Capo dello Stato provvisorio Enrico De Nicola, entrò in vigore il 1° gennaio 1948.

La Costituzione della Repubblica Italiana presenta due caratteristiche principali: è un documento scritto, quindi formale, ed è una Costituzione rigida; i principi fondamentali che la caratterizzano sono cinque: libertà, uguaglianza, autonomia, democraticità, partecipazione. Nel suo complesso, si presenta come una Costituzione "lunga", nel senso che contiene molte affermazioni di principio e di impegno, finalizzate alla trasformazione della società in senso democratico.

Essa è composta da 139 articoli, divisi in quattro sezioni:

- principi fondamentali (artt.1-12)³
- parte prima, dedicata ai diritti e ai doveri dei cittadini (artt.13-54);
- parte seconda, concernente l'ordinamento della Repubblica (artt.55-139);
- 18 disposizioni transitorie e finali, riguardanti situazioni relative al passaggio dal vecchio al nuovo regime e destinate a non ripresentarsi.

I principi fondamentali e la prima parte della Costituzione contengono, innanzitutto, un ampio riconoscimento dei principi fondamentali su cui si fonda la Repubblica, che vengono garantiti nella loro immodificabilità: l'uguaglianza davanti alla legge e l'inviolabilità dei diritti dell'uomo (libertà personale, diritto alla difesa, presunzione di innocenza, inviolabilità del domicilio, segreto epistolare, libertà di circolazione e soggiorno, di espatrio, di riunione, di associazione, di religione, di opinione e stampa). Espressamente tutelate sono le minoranze linguistiche, vi vengono esplicitamente riconosciuti i diritti della famiglia, dei minori, il diritto alla salute, la libertà delle arti e delle scienze, il diritto all'istruzione. A fianco ai diritti civili e politici essa stabilisce dei diritti sociali che hanno valore di programma politico-sociale per guidare la Società Italiana verso obiettivi di uguaglianza sostanziale. Insieme al diritto-dovere del lavoro, consistente nello svolgere un'attività utile per la società, vi è la fedeltà alla Repubblica, il pagamento delle imposte, il dovere dei genitori di curarsi dei figli, il dovere di votare e di difendere la Patria.

La seconda parte della Costituzione definisce la struttura dell'ordinamento della Repubblica e i suoi organi:

- ✓ Il Parlamento, fondamento centrale del sistema politico, con il suo bicameralismo;
- ✓ Il Presidente della Repubblica, con la funzione di garante dell'Unità Nazionale e di coordinatore, conciliatore e regolatore dei rapporti tra i poteri dello Stato;
- ✓ Il Presidente del Consiglio dei Ministri ed il Governo, titolari del potere esecutivo e di indirizzo politico;
- ✓ La Corte Costituzionale a cui è affidato il controllo di legittimità costituzionale delle leggi dello Stato e delle Regioni;

¹ L'articolo 1 della Costituzione italiana: «L'Italia è una Repubblica democratica, fondata sul lavoro. La sovranità appartiene al popolo, che la esercita nelle forme e nei limiti della Costituzione».

- ✓ Il Consiglio Superiore della Magistratura, ha lo scopo di garantire l'autonomia e l'indipendenza della Magistratura dagli altri poteri dello Stato.

È importante ricordare che, in base all'articolo 7 della Costituzione Italiana, lo Stato e la Chiesa cattolica sono, ciascuno nel proprio ordine, indipendenti e sovrani e che i loro rapporti sono regolati dal nuovo Concordato del 1984, che ha sostituito i Patti Lateranensi del 1929: a seguito di ciò entrambi sono sottratti a qualsiasi forma di reciproca interferenza.

Come si è detto, la Costituzione non è un documento imm modificabile né tanto meno non criticabile: nulla è perfetto tutto è perfezionabile ma, ancora oggi ne va confermata la sua attualità, il suo intatto valore etico, la sua validità nell'orientare i nostri comportamenti rispetto alla comunità nazionale, la famiglia, la scuola, il rispetto per l'ambiente, la libertà, l'uguaglianza, la valorizzazione della scienza e delle arti.

La Costituzione nella sua integrità suggerisce ancora oggi un concetto di politica, ispirato ai valori dell'onestà e della competenza, che sia servizio verso il cittadino e non esercizio oppressivo del potere: ideali più che mai attuali che nei giovani ne riconoscono il baluardo e la più grande speranza per la realizzazione degli stessi. Come affermava Calamandrei⁴ in un discorso agli studenti a Milano nel 1955: «La nostra Costituzione è in parte una realtà, ma soltanto in parte è una realtà. In parte è ancora un programma, un ideale, una speranza, un impegno, un lavoro da compiere».

3.2 Il potere legislativo

Il potere legislativo compete al Parlamento che è l'organo centrale della Repubblica ed è rappresentativo del popolo, ha una struttura bicamerale: Camera dei Deputati e Senato della Repubblica che pur se considerati organi distinti,

⁴ Nato a Firenze nel 1889. Si laureò in legge a Pisa nel 1912; nel 1915 fu nominato per concorso professore di procedura civile all'Università di Messina; nel 1918 fu chiamato all'Università di Modena, nel 1920 a quella di Siena e nel 1924 alla nuova Facoltà giuridica di Firenze, dove ha tenuto fino alla morte la cattedra di diritto processuale civile. Ha preso parte alla Grande Guerra come ufficiale volontario combattente. Partecipò attivamente ai lavori parlamentari come componente della Giunta delle elezioni della commissione d'inchiesta e della Commissione per la Costituzione. Morì a Firenze nel 1956.

hanno poteri identici. I deputati sono 630 e sono eleggibili tutti gli elettori che hanno 25 anni, mentre il senato è eletto da cittadini con almeno 25 anni e sono eleggibili i cittadini che hanno compiuto i 40 anni. I senatori elettivi son 315 ai quali vanno però aggiunti i Senatori di diritto e a vita che sono tutti gli ex Presidenti della Repubblica come previsto dall'articolo 59 della Costituzione, comma 1 e quelli nominati dal Presidente della Repubblica, in numero di 5, definiti senatori a vita e che, come statuito sempre dall'articolo 59 comma 2 della Costituzione hanno «illustrato la Patria per altissimi meriti nel campo sociale, scientifico, artistico e letterario».

In ogni Camera vi sono le commissioni parlamentari, queste sono rappresentate da parlamentari in rapporto alle forze politiche presenti in Parlamento e possono essere straordinarie se create di volta in volta al fine di indagini (commissioni d'inchiesta) su fenomeni di particolare gravità ovvero permanenti, con competenze specifiche per materia (Igiene e sanità, Difesa, Giustizia *et cetera*).

L'elezione dei deputati avviene su base circoscrizionale, mentre quella dei senatori su base regionale, il sistema elettorale adottato è misto a prevalenza maggioritario per entrambe le Camere.

La funzione più importante del Parlamento è quella legislativa: le due Camere svolgono questa funzione separatamente e, per l'approvazione di una legge, è necessario il voto favorevole di ambedue le Camere.

3.3 Iter legis

L'iter legis è quel procedimento con cui nasce una nuova legge, ne esistono di tre tipi:

- iter legis ordinario.
- iter legis abbreviato.
- iter legis aggravato.

Il primo è composto da quattro fasi:

L'iniziativa che può nascere: 1) dal popolo con 50000 firme, 2) dal Governo attraverso un disegno legislativo, 3) da ciascun membro del Parlamento, 4) dal Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL), 5) dai Consigli regionali. L'approvazione

L'approvazione che consiste nel lavoro in commissione, nella discussione e nella votazione. Quest'ultima si articola in 2 fasi: una prima votazione dove si procede nella disamina e relativa approvazione articolo per articolo quindi una seconda votazione del disegno di legge complessivo. Se questo disegno di legge viene approvato dalla prima camera deve passare alla seconda che procederà come per la prima Camera e potrà decidere se apportare dei cambiamenti al disegno di legge. Ove avvengano delle modifiche, il disegno tornerà nuovamente alla prima camera fino a quando non viene approvato da entrambe le Camere lo stesso testo integrale di legge.

La Promulgazione. Quando la legge è stata approvata dalle due Camere viene trasmessa al Presidente della Repubblica, qualora egli non fosse concorde sulla legge può esercitare il veto sospensivo che può essere esperito una sola volta, chiedendo alle camere di apportare delle determinate modifiche alla legge stessa. Nel caso in cui, invece, fosse d'accordo, firma la legge e si invia alla pubblicazione.

La Pubblicazione avviene attraverso la gazzetta ufficiale e viene inserita nella "raccolta delle leggi e dei decreti" ed entra in vigore entro 15 giorni dalla pubblicazione nei casi ordinari.

Nel secondo, ovvero l'iter legis abbreviato invece la disamina articolo per articolo avviene in commissione mentre la votazione globale è demandata alle Camere. In questo caso la commissione legislativa viene detta "deliberante", dato che ha il compito specifico di decidere. L'iter legislativo abbreviato non può essere sempre utilizzato per le leggi costituzionali, le leggi elettorali, i decreti legislativi, che presuppongono una delega data dal parlamento al governo, la ratifica dei trattati internazionali e l'approvazione di bilanci e consuntivi.

L'iter legis aggravato, la terza ipotesi su citata, viene utilizzato per creare leggi costituzionali di cui si è già accennato brevemente.

3.4 Il potere esecutivo

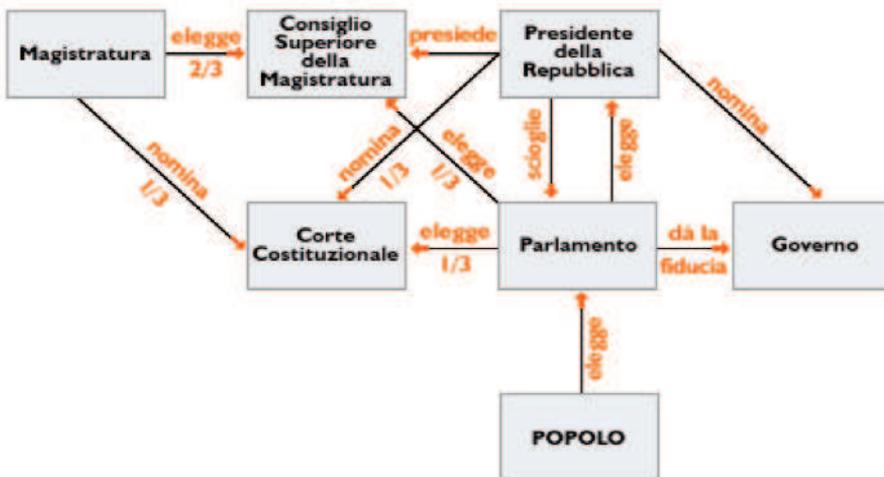
Il potere esecutivo viene esercitato dal Governo di cui si è già ampiamente trattato all'inizio del capitolo e che qui preme ricordare schematicamente avere le seguenti funzioni:

- ✚ far rispettare l'ordine e la legge attraverso la gestione delle forze di polizia e dei penitenziari
- ✚ guidare la politica estera dello Stato
- ✚ dirigere le forze militari
- ✚ dirigere i servizi pubblici e la pubblica amministrazione

Oltre a ciò, svolge anche funzione legislativa attraverso l'emanazione di Decreti Legge che vengono emanati in casi di necessità ed urgenza e che decadono dopo sessanta giorni ove il Parlamento non li converta in Legge e di Decreti Legislativi che nascono per delega espressa del Parlamento e quindi non devono essere successivamente convertiti.

3.5 Il potere giudiziario

La funzione giudiziaria viene esercitata dalla Magistratura e quindi il potere giudiziario è distinto. Autonomo e indipendente da ogni altro potere dello Stato così come sancito dall'art. 104 della Costituzione della Repubblica Italiana. I magistrati ordinari sono titolari della funzione giurisdizionale, che amministrano in nome del popolo. L'organo deputato al controllo della Magistratura ed al suo autogoverno è rappresentato dal Consiglio Superiore della Magistratura, presieduto dal Presidente della Repubblica. Ad esso competono, ai sensi dell'art. 105 della Costituzione, le assunzioni, le assegnazioni, i trasferimenti, le promozioni ed i provvedimenti disciplinari nei riguardi dei magistrati.



IV

Capitolo

ELEMENTI DI DIRITTO CIVILE

SOMMARIO: Introduzione – 4.1 Capacità giuridica e capacità di agire – 4.2 Diritti della persona – 4.3 Amministrazione di sostegno, inabilitazione e interdizione

Lo studio del diritto spaventa sempre un po' lo studente che, per la prima volta, si avvicina a questa materia; viene difatti percepito come fosse un'entità lontana, dal linguaggio complesso, con dei concetti difficili da ricordare nonché, a volte, noiosi. In realtà però, se si riflette bene e non ci si ferma alle apparenze, si può scoprire che, mai nessuna altra materia, oggetto di studio, sia poi così familiare. Come è stato già sostenuto da un famoso filosofo che ha dedicato la sua vita allo studio ed all'analisi di questa materia, Sergio Cotta, l'uomo in realtà ha già in sé connaturata quella pre-comprensione di questo fenomeno, anche se latente, sufficientemente adeguata alla propria esistenza quotidiana¹, che gli permette quindi di "viverlo" senza quasi rendersene conto.

Il prendere la metropolitana la mattina per seguire le lezioni all'Università ed esibire il regolare biglietto qualora venga richiesto, il soggiornare in un residence o in un albergo di una località marittima per godere delle meritate vacanze estive, i quotidiani molteplici acquisti di ciò di cui si ha bisogno et cetera, sono tutte attività che ognuno compie ben conoscendo i meccanismi sottesi, il più delle volte, per la maggioranza, senza sapere e senza rendersi conto di porre in essere atti giuridici che integrano, per esempio, un contratto di trasporto, come nel primo caso, o tutta l'innumerabile serie di contratti di compravendita, come nell'ultimo. Si può sicuramente affermare alla luce di quanto brevemente esposto che tutto è diritto, quest'ultimo, infatti, informa l'intera esistenza dell'uomo, dal momento della sua nascita al momento della sua morte.

¹ Cotta S.: Il diritto nell'esistenza. Giuffrè editore. Milano 1991.

4.1 Capacità giuridica e capacità di agire

Al momento della nascita, infatti, si acquista ai sensi dell'art.1 del Codice Civile² la **capacità giuridica** quale, secondo la definizione di Rescigno, **attitudine alla titolarità di diritti e di doveri**; si diventa così soggetti di diritto ovvero si acquista, come sostenuto da Bianca, **l'idoneità ad essere titolari di posizioni giuridiche**.³ Si riconosce quindi l'idoneità ad entrare nel mondo giuridico per il solo fatto di essere venuti ad esistere, indipendentemente dalla durata della vita stessa e senza alcuna limitazione. La capacità giuridica è difatti espressione degli alti principi di libertà ed eguaglianza consacrati, al rango di valori intoccabili, dalla nostra Costituzione tanto che, nell'articolo 22 della Carta Costituzionale, si legge: «nessuno può essere privato per motivi politici della capacità giuridica...».

Un bambino appena nato può ricevere in eredità un grande patrimonio, magari lasciatogli da un lontano vecchio zio, nonostante provenga da una famiglia poverissima, a nulla rilevando, infatti, le condizioni personali relative alla razza, al sesso e alle condizioni sociali. In passato non è stato sempre così, basti pensare alla situazione dello schiavo il cui status non gli permetteva di essere titolare di alcun diritto o alla condizione in cui, fino a tempi non poco recenti, versava la donna.

Dalla lettura dell'articolo 1 c.c. si ha quindi che la capacità giuridica viene acquistata al momento della nascita che, naturalmente si realizza nel momento in cui si verifica la separazione del feto dal corpo materno e che abbia compiuto almeno un atto respiratorio valido. È necessario quindi, ai fini dell'acquisto della capacità giuridica, che l'individuo nasca vivo pur se non vitale, anche se quindi destinato a morire subito dopo. Se dovesse nascere morto invece non acquisterebbe capacità giuridica. L'idoneità a divenire titolari di situazioni o posizioni giuridiche è quindi subordinata all'evento nascita anche se, preme precisare, il nostro ordinamento riconosce al **nascituro concepito** la capacità di succedere o ricevere in donazione subordinando comunque tale possibilità all'evento nascita⁴ e sempre alla medesima condizione, nella successione testamentaria e nella do-

² Articolo 1 c.c.: «La capacità giuridica si acquista al momento della nascita. I diritti che la legge riconosce al concepito sono subordinati all'evento nascita»

³ Balloriani M., De Rosa R., Mezzanotte S.: *Diritto Civile*. Giuffrè editore, Milano 2007.

⁴ Esempio: il nonno decide di donare al figlio che sua figlia porta in grembo 10.000,00 euro ma il piccolo riceverà tale somma solo e se nascerà.

nazione, si riconosce tale possibilità anche al nascituro non concepito purché sia figlio comunque di persone viventi al momento del testamento o della donazione⁵.

La capacità giuridica si perde con la morte che coincide con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo, ciò comporta la facilmente intuibile conseguenza che il soggetto non è più titolare di posizioni giuridiche e che, ad esclusione dei diritti personali e personalissimi che sono intrasmissibili, tutti gli altri vengono trasmessi agli eredi con l'apertura della successione *mortis causa*⁶.

Al momento della nascita, inoltre, viene riconosciuto all'individuo un determinato *status* che, come risulta dalle parole di Rescigno, è quella **condizione della persona collegata all'appartenenza ad una comunità**, ne sono un esempio: lo *status personae* quale presupposto di ogni diritto soggettivo riconosciuto ed accordato all'individuo, nonché indispensabile premessa della sua capacità giuridica (non si possono avere diritti e doveri se non si ha la capacità giuridica e non si può acquisire questa se non si è di fatto una persona); lo *status civitatis* quale specifica capacità del cittadino nei confronti dello Stato (essere cittadino italiano a cui è riconnessa tutta una serie di doveri ma anche l'esercizio e il riconoscimento di determinati diritti) ed infine lo *status familiae* quale, anche qui, speciale capacità dell'individuo rispetto alla famiglia di appartenenza (lo *status* di figlio comporta il diritto al mantenimento da parte dei genitori).

Si è parlato quindi di diritti e di doveri, di *status*, di situazioni che investono e concernono l'intera esistenza dell'uomo, tanto da porlo al centro di un'intricata trama, quasi fosse una fitta ragnatela, di rapporti giuridici che incessantemente nascono, si modificano, si estinguono e che lo accompagneranno per la sua intera esistenza. Per **rapporto giuridico** s'intende quindi quella **relazione interpersonale regolata dal diritto intercorrente tra il titolare di un interesse giuridicamente protetto, chiamato soggetto attivo, e chi è tenuto a realizzare o rispettare quell'interesse, detto soggetto passivo**.

L'individuo, infatti, al raggiungimento della maggiore età, ovvero al compimento del diciottesimo anno - data fissata dalla legge poiché si ritiene che il soggetto abbia raggiunto un grado di maturità psico-fisica tale da permettergli di

⁵ Esempio: il nonno nel proprio testamento scrive che lascerà la propria casa al mare al figlio che un giorno nascerà dalla propria figlia.

⁶ Esempio: La proprietà della casa di montagna del marito, con la morte dello stesso, viene trasferita alla moglie quale sua unica erede (in assenza di figli o per quota parte in presenza degli stessi).

poter provvedere, da solo, ai propri interessi – acquistando la capacità di agire, potrà in essere degli atti giuridicamente validi vale a dire potrà esercitare dei diritti ed adempiere degli obblighi. Una volta maggiorenne, a meno che non interven-gano cause che limitino o facciano venir meno la suddetta capacità, che si ricorda è strettamente legata all' idoneità del soggetto a curare i propri interessi, si può acquistare una casa, si possono fare donazioni, si può contrarre matrimonio - senza quella autorizzazione del tribunale che, invece, interviene, poiché necessaria per il compimento e la validità dell'atto, qualora il nubendo abbia sedici anni – e si possono infine realizzare tante altre migliaia di molteplici attività che animano e caratterizzavano la vita stessa dell'individuo.

Da sottolineare quindi che prima del raggiungimento del diciottesimo anno di età l'individuo è incapace di agire, tanto che a protezione dello stesso interviene l'istituto della potestà genitoriale che si sostanzia nella cura del minore e nell'amministrazione dei suoi interessi: il genitore agisce in nome e per conto del proprio figlio essendone il rappresentante legale. Il minore infatti non può compiere atti giuridici di natura negoziale validi, né può avere capacità proces-suale se non per il tramite del proprio rappresentante legale. Vero è però che, il minore è inserito nella comunità e partecipa alle relazioni sociali, tanto che nella vita di tutti i giorni pone in essere atti giuridici, definiti dalla dottrina atti minuti della vita quotidiana, come recarsi in un bar e consumare un succo di frutta o ac-quistare il biglietto della metropolitana, si ha dunque che il minore può solo com-piere quegli atti giuridici che non comportino gravi pregiudizi economici, purché sia comunque in grado di comprenderne il valore e il significato. Gli atti giuridici di natura negoziale posti in essere dal minore sono invalidabili attraverso l'azione di annullamento che può essere esperita sia dal minore che dai genitori, quali rap-presentanti legali dello stesso sin anche dagli eredi o aventi causa.

Lo stesso stato di incapacità legale assoluta, che si è analizzata precedentemente per il minore nella sua incapacità di agire, la si riscontra anche nei mag-giorenni nei casi di interdizione legale e di interdizione giudiziale. Nella prima ipotesi il soggetto viene privato della capacità di agire nel caso di sentenza penale di condanna alla pena dell'ergastolo o quella della reclusione non inferiore ad anni cinque comminata per delitti non colposi. Nel secondo caso invece il sog-getto che versi in un abituale stato di infermità mentale tale da impedirgli di provvedere ai propri interessi, a seguito di un giudizio (ecco perché si definisce giudiziale) viene dichiarato interdetto e quindi privato della propria capacità di

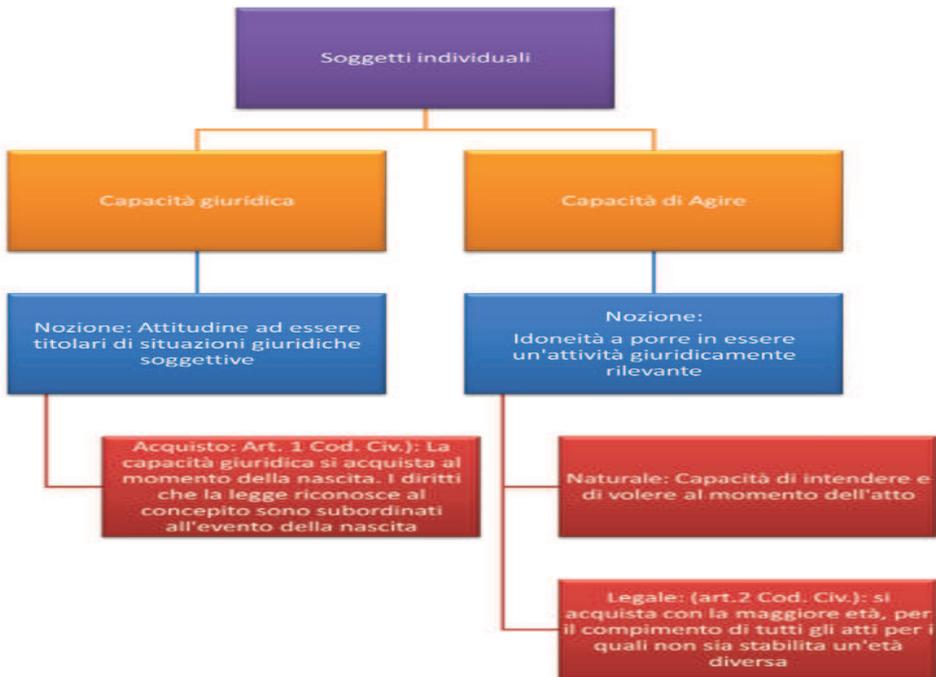
agire. Tale istituto dopo l'introduzione della figura dell'amministrazione di sostegno, è stato completamente ridisegnato, e verrà trattato nel proseguo del capitolo.

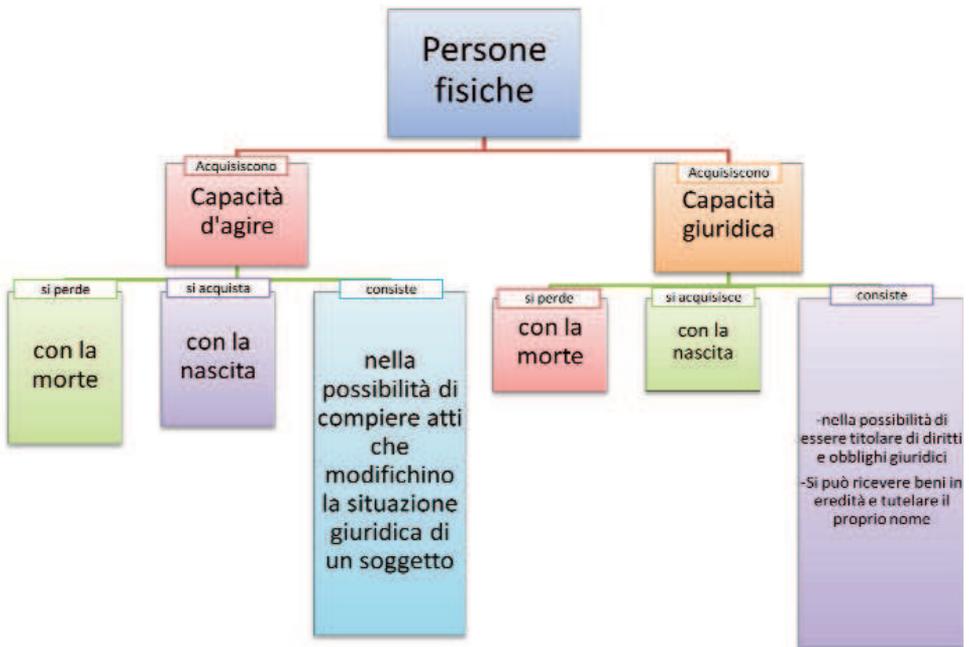
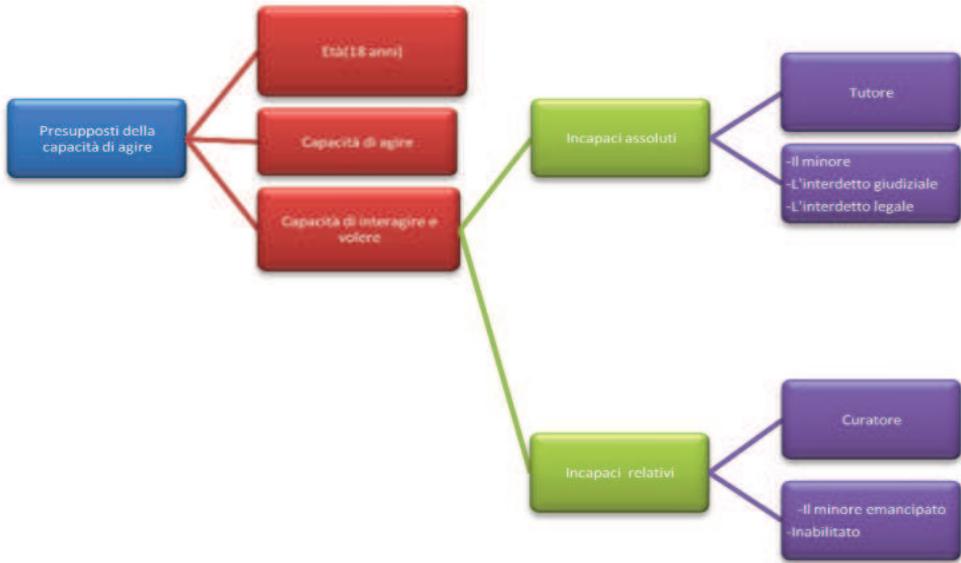
Si parla invece di capacità di agire ridotta, o di incapacità relativa nel caso dell'inabilitazione, istituto che assieme ai precedentemente menzionati dell'interdizione e dell'amministrazione di sostegno verranno più avanti trattati. Altra ipotesi di incapacità relativa si rileva nell'istituto dell'emancipazione: al soggetto minore appunto emancipato viene di fatto riconosciuta una limitata capacità di agire. Il minore emancipato è colui che avendo compiuto gli anni 16 ma non ancora gli anni diciotto venga, a seguito di giudizio avanti al Tribunale dei Minori che ne valuta la maturità psichico-fisica, ammesso a contrarre matrimonio, ricorrendone gravi motivi. Il minore emancipato, per un tempo breve di due anni prima del raggiungimento della maggiore età in cui acquista la piena capacità di agire, può dunque compiere tutti gli atti di ordinaria amministrazione mentre per quelli di straordinaria amministrazione è necessario l'intervento di un curatore nominato dallo stesso Tribunale e l'autorizzazione del giudice tutelare. L'emancipato, inoltre, può anche essere autorizzato dal Tribunale all'esercizio dell'impresa ed in tale caso acquista la piena capacità di agire.

Puntualizzazioni diverse invece devono essere mosse in merito alla cosiddetta incapacità naturale, istituto previsto e disciplinato dall'articolo 428 c.c. per cui: «Gli atti compiuti da persona che, sebbene non interdetta, si provi essere stata per qualsiasi causa, anche transitoria, **incapace d'intendere** o di **volere** al momento in cui gli atti sono stati compiuti, possono essere annullati su istanza della persona medesima o dei suoi eredi o aventi causa, se ne risulta un grave pregiudizio all'autore. L'annullamento dei contratti non può essere pronunziato se non quando, per il pregiudizio che sia derivato o possa derivare alla persona incapace d'intendere o di volere o per la qualità del contratto o altrimenti, risulta la mala-fede dell'altro contraente. L'azione si prescrive nel termine di cinque anni dal giorno in cui l'atto o il contratto è stato compiuto. Resta salva ogni diversa disposizione di legge»; tale istituto è stato previsto dall'ordinamento per fornire una tutela all'individuo che, pur non interdetto o non ancora interdetto, si trovi anche temporaneamente in uno stato di alterazione psichica tale da non comprendere il significato delle proprie azioni né di autodeterminarsi in ordine ad esse. Si tratta di un soggetto privo per qualsiasi causa (come per esempio una transitoria infermità mentale o l'assunzione di sostanze alcoliche o stupefacenti) della

capacità di intendere e di volere, un soggetto debole quindi, che deve essere tutelato poiché potrebbe non comprendere di porre in essere un atto giuridico o anche stipulare un contratto pregiudizievole dei propri interessi. Ecco perché il legislatore ha previsto in tale evenienze l'annullabilità degli atti e dei contratti ricorrendo le statuizioni previste dalla norma sopra citata.

Da quanto su esposto appaiono chiare le differenziazioni tra l'**incapacità legale** (minore età, interdizione sia legale che giudiziale) e l'**incapacità naturale**; nel primo caso infatti la stessa rileva ed opera *de iure*, poiché è l'ordinamento che fissa le cause di incapacità ovvero sia la stessa non deve essere valutata *ex post* per quel singolo atto o contratto come avviene invece nel secondo caso in cui deve darsi la prova dell'incapacità di intendere e di volere del soggetto. Un individuo maggiorenne non interdetto può quindi essere capace legalmente di stipulare un contratto di compravendita di una casa ma, al tempo stesso può essere naturalmente incapace di agire, a causa di una seppur transitoria infermità di mente che verrà accertata dal giudice nel corso del giudizio di annullamento di tale contratto, che verrà conseguentemente annullato ove ricorrano le condizioni previste dal secondo comma dell'art. 428 c.c. summenzionato.





4.2 Diritti della personalità

L'imprescindibilità dell'importanza del valore uomo e della dignità della persona sgorga dalla nostra Carta Costituzionale ove oltre ad enunciare determinati diritti dell'individuo come inviolabili e fondamentali, all'articolo 2 offre un chiaro esempio di come in realtà tali diritti siano "riconosciuti" dall'ordinamento e non statuiti, si tratta infatti di diritti innati che lo Stato non può far altro che riconoscere. Si legge infatti «la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo sia come singolo che nelle formazioni sociali ove si svolge la propria personalità ...». Preme precisare che il summenzionato articolo deve intendersi come norma aperta, ovverosia non riconosce come inviolabili solo i diritti dell'individuo che si rintracciano specificatamente all'interno della Carta Costituzionale (es: la libertà personale, la libertà e l'invioabilità della corrispondenza, il diritto di professare il proprio credo religioso et cetera) ma esso si estende, per la sua formulazione, come principio generale, a tutti quei diritti "nuovi" che non sono stati previsti nella Costituzione stessa e che sono l'esito dell'evoluzione culturale e storica della società.



Si tratta quindi di diritti soggettivi, tutelati anche nelle formazioni sociali ove si svolge la personalità dell'individuo, che hanno specifiche caratteristiche e che ineriscono appunto peculiarità essenziali della persona. I diritti soggettivi della personalità sono quindi **assoluti** poiché posso essere fatti valere *erga omnes*, oltretutto su tutti, e protetti nei confronti di chiunque, anche nei confronti dei pubblici poteri. Sono **indisponibili** poiché il titolare del diritto non ha alcun potere di disposizione sullo stesso (salvo alcune rare eccezioni come nel diritto all'immagine o negli atti di disposizione del proprio corpo). Sono **irrinunciabili** e **intramissibili** ed infine non soggetti a prescrizione, oltretutto si perdono se non vengono esercitati nel tempo. Tali diritti sono difesi in ambito civilistico attraverso due azioni: **l'azione inibitoria e l'azione di risarcimento**: con la prima si formula al giudice domanda che cessi il fatto lesivo del diritto⁷, con la seconda invece si chiede al giudice di ristorare il danno subito a seguito dell'evento lesivo e di eliminare così le conseguenze pregiudizievoli dell'illecito⁸, tale risarcimento può avvenire in forma specifica ove questo sia possibile o per equivalente, attraverso il riconoscimento appunto di un equivalente monetario: una somma che viene liquidata dal giudice a ristoro del danno subito. È d'obbligo ora, dopo averne specificato le caratteristiche generali, enunciare quali siano i diritti della personalità. Primo fra tutti il **diritto alla vita e all'integrità fisica**. Tale diritto è infatti la precondizione necessaria per ogni altro diritto riconosciuto dall'ordinamento all'individuo e riceve tutela sia in ambito penale attraverso, come si vedrà in seguito, la previsione dei reati di omicidio, infanticidio, aiuto e istigazione al suicidio, lesioni personali; sia in ambito civilistico nel cosiddetto principio del *neminem ledere* che sostanzia la responsabilità extracontrattuale predisponendo il risarcimento del danno a seguito di atti lesivi che violino il suddetto diritto (Cfr Cap. X).

Il diritto alla vita è indisponibile mentre il diritto all'integrità fisica è, come prima annunciato, parzialmente disponibile con determinate eccezioni al principio generale dell'indisponibilità dei diritti della personalità. Il diritto all'integrità fisica è difatti il diritto dell'individuo a godere del proprio organismo nella

⁷ Tizio pubblica su un Social Network delle foto di Caio senza il suo consenso, Caio chiede al giudice di impedire che Tizio continui a pubblicare le foto.

⁸ Tizio pubblica su un Social Network delle foto di Caio con Sempronia e ciò produce la rottura di matrimonio di Caio, quest'ultimo chiede a Tizio il risarcimento per la pubblicazione delle foto che causato la separazione con addebito.

sua sanità con il divieto valevole *erga omnes* che altri possano arrecarvi pregiudizio. Si è detto che in via generale che tale diritto è indisponibile salvo alcune eccezioni. Merita a tal proposito menzione infatti l'art. 5 del codice civile ove si statuisce che: «Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente della integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume». Dalla lettura dell'articolo si ha quindi il divieto di porre in essere un atto di disposizione del proprio corpo - al di là dei casi della violazione di norme imperative, della contrarietà all'ordine pubblico e al buon costume - che cagioni una diminuzione permanente alla propria integrità fisica.

Altro diritto della personalità è il **diritto al nome**, il nome composto dal cognome e dal prenome permette infatti l'identificazione dell'individuo ed è per ciò stesso tutelato. Tale protezione accordata dall'ordinamento, a fronte per esempio di un'usurpazione dello stesso commessa da terzi, rientra infatti nella più generale tutela accordata all'**identità personale** anch'essa assunta quale diritto inviolabile dell'uomo poiché permette all'individuo di essere se stesso all'interno di una collettività ed essere così riconosciuto come tale.

Si ha poi il **diritto all'immagine** quale diritto a che la riproduzione delle proprie fattezze non sia diffusa, commercializzata, esposta pubblicamente senza che vi sia il consenso dell'avente diritto: basti pensare a tutte quelle situazioni in cui gli atleti famosi acconsentano a prestare la propria immagine per la pubblicità di prodotti commerciali quali scarpe, abbigliamento di un determinato *brand*.

Tra i diritti soggettivi della personalità si annoverano anche il **diritto alla riservatezza**, il **diritto all'onore e alla reputazione**. Per quanto riguarda il primo concerne il diritto a tener in riserbo e quindi ad escludere ingerenze conoscitive esterne su ciò che attiene alla propria persona, alle situazioni inerenti l'intimità della propria vita sociale, affettiva, familiare. Rientrano negli strumenti di tale tutela anche i divieti previsti dalla stessa Carta Costituzionale negli articoli 14-15 ove si statuisce l'invioabilità del domicilio e la libertà e segretezza della corrispondenza. Il diritto alla riservatezza negli ultimi anni è stato sempre più oggetto di interventi legislativi volti a disegnarne una più compiuta tutela in particolar modo a fronte della gestione di numerose informazioni concernenti l'individuo nelle cosiddette banche dati informatizzate. Dal 2003 l'intera materia è regolamentata nel Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 196/2003) di cui si approfondirà successivamente.

Infine, il **diritto all'onore ed alla reputazione** che potrebbero apparire sinonimi ma nello specifico, l'onore attiene alla sfera interna del soggetto, ovvero sia è il sentimento che ciascun individuo ha del proprio valore e della propria dignità, mentre la reputazione attiene alla sfera esterna, *id est* come il soggetto viene percepito e considerato all'interno della collettività a cui appartiene. Tali diritti oltre ad essere tutelati in sede civile esperendo le già ricordate azioni inibitorie o di risarcimento come per tutti gli altri diritti della personalità, ricevono altresì tutela in sede penale attraverso la previsione dei reati previsti e puniti dagli articoli 594 e 595 c.p., il primo relativo al delitto di ingiuria⁹, il secondo relativo al delitto di diffamazione¹⁰.

4.3 Amministrazione di sostegno, interdizione, inabilitazione

Nel paragrafo iniziale sono state prospettate tutte le ipotesi in cui il soggetto versi nell'incapacità assoluta o relativa di compiere atti giuridici validi e si è accennato agli istituti dell'interdizione e dell'inabilitazione quali strumenti apprestati dall'ordinamento per la tutela dei soggetti cosiddetti deboli poiché incapaci da soli di provvedere ai propri interessi seppur aventi quella maggiore età a cui l'ordinamento ricollega l'acquisizione della capacità di agire.

Preliminarmente preme sottolineare come l'intera materia dei suddetti istituti è stata completamente rivisitata e ridisegnata dalla Legge n. 6 del 9 gennaio 2004, che ha altresì introdotto la figura dell'amministrazione di sostegno. È stato di fatto posto al centro l'uomo, considerato nella sua interezza e non più solo quale titolare e portatore di interessi patrimoniali alla tutela dei quali i vecchi istituti,

⁹ Art. 594 c.p.: «Chiunque offende l'onore o il decoro di una persona presente è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa fino ad euro 516. Alla stessa pena soggiace chi commette il fatto mediante comunicazione telegrafica o telefonica, o con scritti o disegni, diretti alla persona offesa. La pena è della reclusione fino ad un anno o della multa fino ad euro 1.032, se l'offesa consiste nell'attribuzione di un fatto determinato. Le pene sono aumentate qualora l'offesa sia commessa in presenza di più persone»

¹⁰ Art. 595: «Chiunque, fuori dei casi indicati nell'articolo precedente, comunicando con più persone, offende l'altrui reputazione, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa fino a euro 1.032. Se l'offesa consiste nell'attribuzione di un fatto determinato, la pena è della reclusione fino a due anni, ovvero della multa fino a euro 2.065. Se l'offesa è recata col mezzo della stampa o con qualsiasi altro mezzo di pubblicità, ovvero in atto pubblico, la pena è della reclusione da sei mesi a tre anni o della multa non inferiore a euro 516. Se l'offesa è recata a un Corpo politico, amministrativo o giudiziario, o ad una sua rappresentanza o ad una autorità costituita in collegio, le pene sono aumentate»

in un'ottica meramente custodialistica, erano finalizzati.

Si è cercato di introdurre un assetto di tutela che fosse più confacente alle esigenze dell'individuo nel caso concreto, considerandolo prima di tutto portatore di quei diritti fondamentali ed inviolabili espressamente garantiti ex art. 2 della Costituzione ed in particolar modo relativamente alla realizzazione della propria personalità. La centralità della persona ha quindi richiesto un intervento significativo volto a realizzare una tutela personalizzata, che rompesse quindi quell'aspetto stigmatizzante e totalizzante dei precedenti istituti (interdizione ed inabilitazione) ove prevaleva l'automatismo del binomio infermità mentale = incapacità legale, recuperando le cosiddette capacità residue del soggetto per ottenere un idoneo strumento di protezione. Lo spirito innovatore della riforma si rintraccia anche nello stesso testo del Codice Civile ove è stato difatti modificato il Titolo XII, oggi: **“Delle misure di protezione delle persone prive in tutto o in parte di autonomia”**.

Ora, appare opportuno soffermarsi su chi siano “le persone prive in tutto o in parte di autonomia” e per le quali l'ordinamento appresta tali strumenti di tutela; accanto infatti a soggetti affetti da infermità psichica, possono esservi anche coloro che si trovino in stadio terminale, coloro che siano affetti da handicap fisici o cecità, gli alcolisti ed i malati lungodegenti.

L'intervento legislativo ha quindi ora predisposto tre strumenti di tutela: l'amministrazione di sostegno, l'interdizione e l'inabilitazione.

Facilmente intuibile che l'ultimo istituto introdotto, l'amministrazione di sostegno, rispondendo ai principi ispiratori della legge 6/2004 sia lo strumento preferibile mentre gli altri, in particolar modo l'interdizione, si intendono relegati ad un ruolo sussidiario, ovverosia ve se ne fa ricorso solo ove l'amministrazione di sostegno risulti, in considerazione delle condizioni in cui versi il soggetto e per le caratteristiche esigenze del caso concreto, del tutto inidonea al fine.

Vediamo ora singolarmente gli istituti, le loro caratteristiche e le differenze.

L'**amministrazione di sostegno** ha la finalità di tutelare l'individuo con la minore limitazione della capacità di agire, viene difatti predisposta una tutela ampia, non inibitoria e personalizzata poiché concerne non solo la protezione degli interessi patrimoniali del singolo ma anche la cura dello stesso, della sua persona, tenendo in considerazione le sue aspirazioni e desideri; ne è un chiaro esempio l'articolo 410 c.c. ove si precisa che: «Nello svolgimento dei suoi compiti l'amministratore di sostegno deve tener conto dei bisogni e delle aspirazioni del be-

neficiario». Il beneficiario è la persona per la quale e, a protezione della quale, viene richiesta l'amministrazione di sostegno. L'articolo 404 c.c. recita infatti: «La persona che, per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nella impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi, può essere assistita da un amministratore di sostegno, nominato dal giudice tutelare del luogo in cui questa ha la residenza o il domicilio». Il beneficiario non acquista quindi lo *status* di incapace totalmente (come nell'interdizione) o parzialmente (come nell'inabilitazione) ma dovrà essere "sostenuto", assistito o sostituito dall'amministratore nel compimento di tutti quegli atti per i quali il giudice tutelare ne ritenga la necessità specificandoli compiutamente nel decreto. Ne deriva che per il compimento di tutti quegli atti che non sono indicati nel decreto il soggetto conserva la piena capacità di agire.

L'**interdizione** invece è lo strumento di tutela ora previsto nelle sole ipotesi più gravi, quando per esempio l'infermità di cui è affetto l'individuo non consente il ricorso all'amministrazione di sostegno, come nel caso del morbo di Alzheimer in stato avanzato o nello stato vegetativo irreversibile.

Questa ha quali presupposti dunque un'infermità di mente grave e non transitoria e l'incapacità dell'individuo che ne è affetto di provvedere ai propri interessi. Il procedimento si attiva su domanda promossa dai soggetti legittimati (coniuge, parenti entro il quarto grado, affini entro il secondo et cetera) avanti al Tribunale che emetterà, qualora ne ricorrano i presupposti, sentenza di interdizione con la quale deriva in capo al soggetto un'incapacità totale di agire. L'interdetto non può compiere alcun atto negoziale né personale, non può infatti, ad esempio, contrarre matrimonio. Il Tribunale nomina un tutore che provvederà alla cura degli interessi dell'interdetto.

Con l'**inabilitazione** invece si assiste ad una forma di incapacità di agire parziale o relativa, l'inabilitato infatti può compiere solamente gli atti di ordinaria amministrazione mentre per quelli di straordinaria amministrazione è necessario il consenso e l'assistenza del curatore nonché l'autorizzazione del giudice tutelare. Il procedimento di inabilitazione viene richiesto qualora l'istituto dell'amministrazione di sostegno sia inidoneo al caso concreto e qualora il soggetto versi in stato di infermità mentale non grave (altrimenti si dovrebbe richiedere l'interdizione), qualora il soggetto sia prodigo (spenda in modo smisurato le proprie sostanze), qualora il soggetto faccia abituale uso di sostanze alcoliche o stupefacenti che compromettano il suo patrimonio e quello della sua famiglia ed infine

per degli handicap fisici che non consentano all'individuo di provvedere da solo ai propri interessi. Anche nel caso dell'inabilitazione il Tribunale emette sentenza costitutiva nominando un curatore. L'inabilitato a differenza dell'interdetto conserva però la capacità di compiere gli atti personali, ovverosia può sposarsi e può anche riconoscere un figlio.

Dalla rassegna degli istituti di protezione apprestati dall'ordinamento a tutela degli incapaci o più in generale delle persone prive di autonomia preme in conclusione ricordare che ovviamente i soggetti interessati siano maggiorenni (altrimenti interverrebbero gli istituti prima ricordati a tutela dei minori) e che si trovino nella condizione di non poter compiere atti giuridici validi in quanto incapaci di provvedere alla cura dei propri interessi e della propria persona. La novella del 2004 ha difatti ridisegnato tali strumenti di tutela al fine di accordare una protezione che fosse adeguata ma con il minor sacrificio delle capacità residue dell'individuo anzi, facendo leva proprio su queste, per poter riportare il soggetto verso l'autonomia e la piena capacità.

V

Capitolo

ELEMENTI DI DIRITTO PENALE

SOMMARIO: Introduzione - 5.1 Ordinamento giuridico penale: caratteristiche e principi - 5.2 La norma penale - 5.3 Il reato: struttura, elemento oggettivo, elemento soggettivo - 5.4 classificazione dei reati - 5.5 Cause di esclusione della punibilità - 5.6 Cause di esclusione dell'antigiuridicità - 5.7 Cause di esclusione della colpevolezza - 5.8 Principali figure di reato attinenti la professione sanitaria

Nei precedenti capitoli è stata già ampiamente sottolineata l'imprescindibile importanza, per ogni organizzazione sociale, di dotarsi di un sistema di norme necessario alla sua stessa sopravvivenza. Regole, che volute ed accettate dai consociati, ne disciplinano la vita e le attività. L'ordinamento giuridico quindi altro non è se non quel complesso di norme che regola la vita dei consociati, costituendo quell'irrinunciabile insieme di imperativi dettati per la realizzazione di una pacifica e civile convivenza all'interno di una comunità. Molteplici possono essere le attività ed i comportamenti posti in essere dai componenti di una comunità ma, nel ricordare Marco Tullio Cicerone *"Licere id dicimus quod legibus, quod more maiorum institutisque conceditur. Neque enim quod quisque potest, id ei licet"*, non si può non considerare come, da sempre, gli uomini abbiano sentito l'esigenza di dotarsi di regole al fine di disciplinare la comune convivenza.

Ecco, dunque, l'ordinamento giuridico consistente in quell'insieme di norme poste dallo Stato per disciplinare i rapporti, le relazioni tra i cittadini e tra questi ultimi e lo Stato, al fine di garantire l'esistenza stessa del consorzio umano che di esso fa parte.

Ovviamente, come già spiegato in precedenza, non ogni regola assurge al rango di norma giuridica la quale, come si avrà modo di specificare nel proseguo del capitolo, ha giustappunto delle specifiche caratteristiche per essere definita tale e per non essere confusa con i dettami dell'etica e/o della morale.

5.1 Ordinamento giuridico penale: caratteristiche e principi

L'**ordinamento giuridico penale** dunque è quel complesso di norme che regola la vita dei consociati mediante il divieto di determinate condotte con la minaccia della punizione ove si ponga appunto in essere il comportamento vietato. Per comprendere meglio basti pensare al divieto di uccidere, al divieto di rubare, al divieto di offendere l'onore e la reputazione di un altro individuo, al divieto di mettersi alla guida di un'automobile sotto l'effetto di sostanze alcoliche e/o stupefacenti, al divieto di sovvertire l'ordine democratico dello Stato, al divieto di associarsi al fine di delinquere e tanti altri divieti ancora a cui, in caso di inosservanza, viene applicata la relativa sanzione.

Oggetto del diritto penale è la disciplina dunque di quei fatti illeciti, definiti **reati**, concretizzatisi in comportamenti umani, sia commissivi che omissivi, a cui la legge ricollega la sanzione penale. Si ricorda infatti la distinzione già illustrata in ordine alla distinzione tra fenomeni e fatti giuridici (fatti a cui una norma giuridica ricollega un effetto giuridico) e, in merito a questi ultimi, la distinzione tra fatti naturali (eventi naturali, che sfuggono alla volontarietà dell'uomo) e fatti umani (azioni attive-commissive e azioni passive-omissive) ed ancora come questi ultimi siano illeciti quando siano contrari alle norme.

Le teorie prevalenti della scienza penalistica attribuiscono all'ordinamento penale il compito di regolamentare i rapporti tra i consociati assicurandone la pacifica convivenza. Le sanzioni penali svolgono infatti una **funzione preventiva generale**, ovverosia la minaccia della loro comminazione funge da deterrente per tutti i consociati – o almeno così dovrebbe essere – e una **funzione preventiva speciale**, vale a dire l'afflizione della pena all'autore del reato, con funzione rieducativa in ossequio ai dettami della nostra stessa Carta Costituzionale¹, evita, o almeno dovrebbe evitare, che il reo violi nuovamente le norme.

Come si è precedentemente sottolineato, quindi, lo Stato vieta attraverso la minaccia della comminazione della pena - da qui il nome "diritto penale" - tutte quelle condotte che siano offensive di beni ed interessi ritenuti meritevoli di tutela e pertanto, conseguentemente, di protezione.

Il diritto penale quindi è un **diritto statutale** poiché solo lo Stato può emanare

¹ Art. 27 Cost.: «La responsabilità penale è personale. L'imputato non è considerato colpevole sino alla condanna definitiva. Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato. Non è ammessa la pena di morte»

le norme che lo compongono. È altresì un **diritto positivo** dal latino “*ius in civitate positum*”, poiché è solo quello previsto da norme giuridiche “poste” dallo Stato. Ed infine, è un **ramo del diritto pubblico** giacché è interesse superiore dello Stato garantire la pacifica e civile convivenza dei propri cittadini ed è, conseguentemente, suo interesse reprimere i reati e perseguirne gli autori.

Nel procedere nell’analisi dei peculiari aspetti del diritto penale è altresì importante sottolineare come, accanto alle summenzionate caratteristiche, la dottrina penalistica moderna, alla luce della lettura costituzionalmente orientata dell’intero sistema, abbia inoltre riconosciuto al diritto penale di essere: a) un **diritto autonomo**: ha infatti regole e soprattutto principi suoi propri, originari ed indipendenti da qualsiasi altro ramo del diritto; b) un **diritto sussidiario**: poiché il ricorso alle sue norme può avvenire solo quando non vi sia all’interno dell’intero ordinamento giuridico altro idoneo ed adeguato strumento di tutela per quel bene od interesse che, realizzando quella funzione di prevenzione precedentemente ricordata, distolga i consociati dal tenere condotte che possano lederli o metterli in pericolo; c) un **diritto frammentario**: poiché copre solo alcune forme di minaccia e/o aggressione di quel determinato bene od interesse.

Dalle considerazioni appena svolte ne discendono altre due caratteristiche: la **meritevolezza** e la **tipicità**. In ordine alla prima si precisa che la pena viene quindi comminata solo se, e quando, l’aggressione o la minaccia al bene giuridico sotteso abbia raggiunto una certa gravità e, per il **principio della proporzionalità**, l’entità della pena sarà appunto proporzionata alla suddetta gravità.

Si parla invece di **tipicità** per indicare che il fatto reato deve essere tipizzato, ovvero sia deve essere specificatamente descritta la modalità di aggressione del bene giuridico².

Ora, è necessario focalizzare l’attenzione su quali siano quei beni e quegli interessi la cui lesione o messa in pericolo sostanzialmente per la legge un reato, onde evitare un’eccessiva discrezionalità del legislatore nella criminalizzazione delle condotte per fini che sfuggano al controllo di legittimità e siano altresì irrispettosi dei criteri e dei principi che informano lo stesso ordinamento giuridico penale. Il criterio guida si rintraccia nella nostra Carta Costituzionale, sono beni ed interessi

³ Esempio: L’articolo 575 c.p. che prevede e punisce l’omicidio «chiunque cagiona la morte di un uomo è punito con la reclusione non inferiore ad anni 21 l’omicidio» sanziona la condotta di chi uccide un uomo; se invece come riportato sul Ramacci si uccidesse un Alieno, non ci sarebbe reato di omicidio poiché la norma testualmente recita “cagiona la morte di un uomo”.

degni di tutela penale quelli che abbiano rilevanza costituzionale e questo, perché preme ricordare e precisare, che il diritto penale, secondo il postulato di matrice illuministica, rappresenta l'extrema ratio in ossequio anche alla sua caratteristica di essere diritto sussidiario. Si deve ricorrere al diritto penale solamente ove non si rintracci all'interno dell'ordinamento giuridico altra idonea forma di tutela di quel bene o di quel determinato interesse assunto come meritevole di protezione. D'altra parte non potrebbe che essere altrimenti, atteso che le sanzioni penali arrivano ad incidere significativamente nella sfera dell'individuo, su beni costituzionalmente protetti come la libertà, il patrimonio, e la vita stessa, come nei paesi ove è prevista la pena di morte. E' quindi necessario che la privazione della libertà personale (diritto inviolabile ex art. 13 Cost.)³, come nel caso della pena della reclusione, sia giustificata dalla violazione di una norma che tuteli un bene di eguale rango.

Sono penalmente tutelati dunque, quei beni espressamente indicati nella nostra Carta Costituzionale o quelli che trovano comunque nei dettami della stessa un rilievo, quali per esempio: la vita, l'integrità psico-fisica, la libertà, l'onore, la dignità, la libertà sessuale, la salute, la proprietà, il patrimonio e molti altri ancora finanche la salvaguardia dello Stato e della democrazia. Ovviamente, come già spiegato, dovrà sempre tenersi in debita considerazione il principio di sussidiarietà.

Devono esserci quindi dei criteri guida di selezione ma soprattutto non devono mai violarsi quei principi irrinunciabili ed indefettibili a salvaguardia sia dell'individuo che dell'intero sistema.

Svolte queste considerazioni preliminari occorre porre l'attenzione proprio sui summenzionati principi generali che informando il nostro diritto penale, governano la criminalizzazione delle condotte e dei comportamenti dei consociati, come si è visto sia a garanzia del singolo che dell'intera collettività.

Primo fra tutti il principio di legalità racchiuso nel brocardo *nullum crimen*,

³ Art. 13 Costituzione «La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'Autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge. In casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge, l'autorità di Pubblica sicurezza può adottare provvedimenti provvisori, che devono essere comunicati entro quarantotto ore all'Autorità giudiziaria e, se questa non li convalida nelle successive quarantotto ore, si intendono revocati e restano privi di ogni effetto. È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà. La legge stabilisce i limiti massimi della carcerazione preventiva».

nulla poena sine lege: affinché un comportamento umano possa configurare un illecito penale, *rectius* un reato, è necessario che vi sia una legge che lo qualifichi come tale e ne preveda la sanzione.

Tale principio si evince dal primo articolo del nostro codice penale, il Codice Rocco del 1930, «Nessuno può essere punito per un fatto che non sia espressamente preveduto dalla legge come reato, né con pene che non siano da esse stabilite», ripreso e ribadito anche con l'entrata in vigore della Costituzione nel 1948 ove l'articolo 25 comma 2 recita: «Nessuno può essere punito se non in forza di una legge che sia entrata in vigore prima del fatto commesso». Tale principio ha altresì importanti corollari quali: il principio della riserva di legge ovvero sono fonti del diritto penale solo la legge e gli atti ad essa equiparati; il principio di tassatività che comporta per il legislatore di formulare in modo chiaro e dettagliato la norma penale; il principio dell'irretroattività della legge penale che sancisce il divieto di applicare la norma penale a fatti che siano stati commessi prima della sua entrata in vigore; ed infine il principio di tipicità per cui non consentendo nella materia penale l'analogia (art. 14 preleggi "le leggi penali non si applicano oltre i casi e i tempi in esse considerati"), il giudice non può applicare la norma a fatti diversi da quelli espressamente previsti dalla norma stessa.

Il principio di legalità con i suoi corollari è anche richiamato dall'art. 11 comma 2 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo «Nessun individuo sarà condannato per un comportamento commissivo od omissivo che, al momento in cui sia stato perpetrato, non costituisca reato secondo il diritto interno o secondo il diritto internazionale. Non potrà del pari essere inflitta alcuna pena superiore a quella applicabile al momento in cui il reato sia stato commesso». Quindi, a garanzia di ogni individuo, perché possa parlarsi di reato è necessario che quel determinato fatto lesivo del bene giuridico sia considerato tale da una legge che sia entrata in vigore prima del fatto commesso, ovvero sia per il principio di legalità ed i suoi corollari si ha "... il divieto di punire un fatto che non sia tassativamente ed espressamente previsto come reato da una legge ordinaria che sia entrata in vigore prima che il fatto sia stato commesso ..."⁴.

Il **Principio di materialità** racchiuso nei brocardi "*cogitationis poena nemo patitur*" e "*nullum crimen sine actione*", per cui solo un fatto umano che si estrinsechi nel mondo esteriore, che abbia quindi una corporeità percepibile all'esterno, può

⁴ Messina S. D., Spinnato G.: Diritto penale. Manuale breve - Giuffrè, Milano 2009.

costituire reato e non la mera intenzione di porre in essere una determinata condotta vietata dalla norma a cui non segue alcun'azione realizzatrice della suddetta volontà (non è reato immaginare di uccidere un uomo, lo diviene quando l'azione omicidiaria viene posta in essere e quindi, estrinsecandosi nel mondo esteriore, ne produce i suoi effetti). Questo principio spiega anche perché non si parla di diritto penale dell'autore ma di diritto penale del fatto.

Dall'enunciazione di questi primi principi cominciano a profilarsi di riflesso i caratteri del reato come fatto umano: deve essere materiale, previsto dalla legge come tale, ma non è ancora sufficiente, è necessario infatti che sia anche offensivo. Non tutte le condotte pur se materiali, in quanto uscite dalla sfera interna del proprio autore, ed anche se corrispondenti alla fattispecie prevista dalla norma penale, costituiscono reato.

Da ciò ne deriva il **principio di offensività** racchiuso nel brocardo "*nullum crimen sine iniuria*", per cui il comportamento umano per sostanziare il reato deve offendere quel bene giuridico protetto che la norma stessa tende a tutelare, ovvero il fatto materiale deve ledere o porre in pericolo il suddetto bene. Non può sussistere un reato senza offesa. In ossequio a tale principio quindi, un comportamento umano viene punito non per la mera disobbedienza alla norma, ma per l'effettivo pregiudizio arrecato al bene che la norma penale stessa mira a tutelare, è quindi necessario il danno o la messa in pericolo del suddetto bene. Vi possono essere molte "situazioni tipo" in cui la condotta posta in essere dal soggetto integra la fattispecie normativa ma mancando l'offensività, tale condotta, pur se conforme al modello legale, non costituisce reato poiché non risulta in concreto lesiva (non può configurarsi l'omicidio o il tentato omicidio se un soggetto spara ad un altro con un'arma giocattolo). Il principio di offensività è difatti strettamente correlato, dalla dottrina prevalente, all'istituto del reato impossibile ex articolo 49 comma 2 c.p. ove «La punibilità è altresì esclusa quando, per la inidoneità dell'azione o per l'inesistenza dell'oggetto di essa, è impossibile l'evento dannoso o pericoloso» (esempio di reato impossibile è il fatto di spendere banconote contraffatte da cui ne appare *ictu oculi* la difformità dalle originali).

In conclusione quindi si ha reato quando il fatto è previsto dalla legge come tale, è materiale ed è altresì offensivo di un bene giuridico protetto ma un'ulteriore caratterizzazione viene altresì data dall'ultimo fondamentale principio che informa il diritto penale: il **principio di colpevolezza**, racchiuso nel brocardo "*nul-*

lum crimen sine culpa”. Anche questo principio, trova il suo fondamento nell’articolo 27 della Costituzione ove si statuisce la personalità della responsabilità penale. È necessario infatti che vi sia la riconducibilità psicologica del fatto-reato al suo autore. La colpevolezza assurge dunque a criterio di attribuzione psicologico-soggettiva del fatto al suo autore ed è in linea con la funzione stessa della pena sopra ricordata, d’altra parte la rieducazione è fattibile solo ove sia possibile muovere un rimprovero. La colpevolezza ha quindi quali presupposti: la cosiddetta *suitas*, l’imputabilità, il dolo o la colpa, l’assenza di cause di esclusione della colpevolezza stessa.

È necessario dunque che il reato sia materialmente un fatto dell’uomo che appartenga alla sfera di dominio delle proprie condotte e dei propri comportamenti fatta di coscienza e volontarietà dell’azione o dell’omissione, in assenza quindi del caso fortuito o della causa di forza maggiore. In ciò si sostanzia la c.d. *suitas* della condotta ex art. 42 c.p. «Nessuno può essere punito per una azione od omissione preveduta dalla legge come reato, se non l’ha commessa con coscienza e volontà». In ossequio al principio di colpevolezza, in definitiva, quindi, non potrà mai muoversi un rimprovero per un fatto altrui o per un fatto proprio, concretizzantesi oggettivamente come reato, ma al tempo stesso incolpevole in assenza di quell’indispensabile nesso psichico che lega il reato al reo.

Il reato deve essere proprio del suo autore e allo stesso attribuibile.

5.2 La norma penale

Dopo aver compreso l’ordinamento giuridico penale, le sue caratteristiche ed i principi che lo governano occorre ora soffermarsi sulla norma penale che è una norma giuridica che disciplina una fattispecie penale. Per fattispecie (dal latino *facti species*) si intende un fatto ipotizzato nella norma a cui la norma stessa ricollega un effetto giuridico secondo lo schema se A allora B: nel delitto di omicidio (art. 575 cp) se A = “Chiunque cagioni la morte di un uomo” allora B = “è punito con la reclusione non inferiore ad anni ventuno”.

La norma penale si compone necessariamente di due parti: il precetto e la sanzione.

Nella norma penale differentemente dai precetti morali e/o religiosi non vi sono imperativi diretti bensì si vietano determinate condotte con la minaccia della sanzione, nel summenzionato art. 575 c.p. infatti si può notare, dal tenore

testuale, non un diretto “non uccidere” ma “chiunque uccide è punito”. Il precetto è un imperativo indiretto, mediante un divieto (nei reati commissivi) o un comando (nei reati commissivi) si concretizza quella prescrizione voluta dal legislatore che se non ottemperata o violata comporta l’applicazione della sanzione penale. È il “Se A” prima ricordato. La sanzione invece è l’effetto, la conseguenza, è il “allora B” dello schema precedente. È la pena comminata nel caso in cui sia violato il precetto, ed è proprio dalla pena che è facile contraddistinguere una norma penale da qualsiasi altra norma presente all’interno dell’ordinamento giuridico. La norma penale si dice **perfetta** quando ha in sé sia il precetto che la sanzione mentre, ove il precetto o la sanzione vengono determinati altrove e non nella stessa norma si parla di norma **imperfetta**, diversamente dalla norma penale in bianco in cui è presente la sanzione ma il precetto generico deve essere specificato tramite il rinvio ad altre fonti dell’ordinamento. Esempio di norma perfetta è la norma **incriminatrice**, definita tale per la conformità al modello suddetto: analizzando l’art. 624 c.p. (delitto di furto) il PRECETTO è rappresentato da “Chiunque si impossessa della cosa mobile altrui, sottraendola a chi la detiene, al fine di trarne profitto per sé o per altri”, mentre la SANZIONE è costituita da “è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da euro 154 a euro 516”.

Vi sono poi, accanto alle norme penali incriminatrici, secondo la classificazione classica, le cosiddette norme penali integratrici che, a differenza delle prime, pur mantenendo il carattere imperativo non sono autonome, servono a specificare, limitare il contenuto o l’applicabilità delle norme incriminatrici. Tali norme sono: le norme interpretative che aiutano a comprendere le altre norme; le norme dichiarative che spiegano il significato o il concetto espresso in altre norme; le norme di rinvio che come si desume dal nome rimandano ad altre norme ed inoltre le norme scriminatrici che limitano o escludono l’applicabilità delle norme.

Le norme si suddividono anche in norme di parte generale e norme di parte speciale. Le prime concernono i principi generali, gli elementi del reato, le pene e più in generale le regole comuni applicabili a tutti i reati; le seconde invece concernono le singole fattispecie di reato e le relative sanzioni. Tutte le norme penali sono contenute nel Codice Penale e nelle Leggi complementari che rappresentano la principale fonte (Cfr. capitolo II).

Il Codice Penale attualmente in vigore nel nostro Paese, nonostante sia stato nel tempo modificato, è il Codice Rocco, dal nome del Guardasigilli Alfredo

Rocco, del 1930 entrato in vigore il 1 luglio 1931. È suddiviso in tre libri: il primo intitolato “dei reati in generale”; il secondo “dei delitti in particolare” ed il terzo “delle contravvenzioni in particolare”. Ogni libro è poi suddiviso in titoli, capi, sezioni, paragrafi ed infine articoli.

Il Codice Rocco nasce in clima culturale ed in un contesto storico particolare e alla fine coniuga le due scuole del diritto penale, quella classica⁵ e quella positiva⁶, adottando un sistema penale misto detto anche bipartito o del “doppio binario”: accanto alle pene vengono ad essere previste anche le misure di sicurezza. Tali assunti risulteranno di interessante approfondimento nel capitolo dedicato all’imputabilità.

5.3 Il reato: struttura, elemento oggettivo ed elemento soggettivo

Dall’enunciazione e dalla spiegazione dei principi che informano e governano il diritto penale è emerso indirettamente che cosa sia un reato, quando quindi un fatto umano possa definirsi tale. Si può riassumere affermando che è un “... comportamento umano estrinsecantesi nel mondo esteriore e percepibile dai sensi (principio di materialità), che lede o pone in pericolo un bene meritevole di tutela penale in quanto avente rilevanza costituzionale, esplicita o implicita, diretta o indiretta (principio di offensività), attribuibile causalmente e psicologicamente e per ciò rimproverabile al soggetto che lo abbia posto in essere (principio di colpevolezza), sempreché il grado di aggressione al bene sia tale da reclamare la sanzione penale in quanto di fronte ad essa il bene non può essere tutelato con tecniche sanzionatorie extrapenali (principio di sussidiarietà e meritevolezza) per cui il legislatore vi ha riconnesso una sanzione penale qualifican-

⁵ Scuola Classica: corrente dottrinarica che si sviluppa alla fine del 1700. Pone al centro il reato, la consapevolezza e la volontarietà dell’azione del reo in violazione della norma, in base a tale presupposto la pena è vista come castigo e quindi in un’ottica retributiva. L’imputabilità infatti si fonda sul libero arbitrio, ovverosia sulla capacità dell’individuo di autodeterminarsi in ordine al reato.

⁶ Scuola Positiva: corrente dottrinarica che si contrappone, alla fine del 1800, alla Scuola Classica, sostenendo che l’azione umana non è libera ma condizionata da tanti fattori quali quelli genetici, ambientali, sociali. L’attenzione si sposta dal reato al reo al delinquente che, di conseguenza, non può essere punito poiché non agisce in piena libertà. La sanzione quindi deve prevenire e non più punire tanto che si deve ridurre la pericolosità dei soggetti attraverso l’applicazione di misure di sicurezza.

dolo espressamente come reato (principio di legalità) e compiutamente descrivendolo nelle sue componenti (principio di tassatività)⁷...”

Il reato si struttura secondo la tesi bipartita nei suoi due elementi costitutivi: quello materiale o oggettivo e quello psicologico o soggettivo, per la teoria tripartita accanto al fatto (elemento oggettivo) e alla colpevolezza (elemento soggettivo) si aggiunge l'antigiuridicità del fatto.

Tali elementi sono comunque definiti essenziali ove manchino infatti, viene meno l'esistenza stessa del reato, differentemente dagli elementi accidentali che invece influiscono sulla sua gravità o tenuità e conseguentemente sull'entità della pena da irrogare (le circostanze aggravanti o attenuanti).

L'elemento materiale è il fatto, costituito dalla condotta sia essa commissiva (attiva = fare) o omissiva (passiva = non fare) e dall'evento, ad esclusione dei reati di mera condotta è infatti necessario che vi sia l'azione e l'evento e che tra questi due elementi costitutivi del fatto intercorra un nesso di causalità materiale, quale correlazione logico-necessaria, la stessa che intercorre tra causa ed effetto. Prendendo ad esempio sempre il delitto di omicidio (art. 575 c.p.) si può così ragionare in ordine all'elemento materiale del reato: Tizio spara a Caio = condotta commissiva, Caio muore = evento, il colpo inferto da Tizio ha cagionato la morte di Caio, se Tizio non avesse sparato Caio non sarebbe morto = nesso di causalità tra la condotta e l'evento. Ma Tizio potrebbe essere punito?

Per rispondere a tale domanda è necessario valutare la sussistenza o meno dell'elemento psicologico o soggettivo del reato. Preme ricordare la necessità, in ossequio al principio di colpevolezza, del nesso psichico che intercorra tra il fatto ed il suo autore. L'elemento soggettivo quindi può definirsi quale atteggiamento psicologico del soggetto agente richiesto per la commissione del fatto. Può essere costituito dal dolo, dalla colpa o dalla preterintenzione.

Il dolo è la manifestazione di colpevolezza più grave ma rappresenta altresì anche la forma tipica della responsabilità penale per quanto concerne i delitti. Parafrasando l'art. 43 c.p. il delitto è doloso o secondo l'intenzione quando l'evento è preveduto e voluto dal soggetto agente. Per tornare all'esempio precedente, Tizio sa che sparando a Caio questi potrebbe morire, Tizio vuole la morte di Caio = DOLO, l'elemento soggettivo del reato sussiste poiché sussistono entrambi gli elementi costitutivi del dolo: la rappresentazione del fatto e la volontà della realizzazione del fatto rappresentato. La rappresentazione deve coprire tutti

⁷ AA.VV: Diritto penale. Gruppo editoriale Esselibri – Simone. Napoli. 2006

gli elementi costitutivi della fattispecie costituente reato, altrimenti potrebbe per esempio configurarsi l'errore che, come si vedrà nel proseguo, esclude il dolo. La volontà invece è necessaria per integrare il dolo in quanto non è sufficiente la sola rappresentazione del fatto costituente reato ma vi deve essere la volontà del soggetto agente di realizzare con consapevolezza quanto si è rappresentato.

Nella colpa invece sempre parafrasando l'art. 43 c.p. l'evento anche se preveduto dal soggetto agente si realizza contro la sua intenzione, ovverosia non è voluto, e si verifica quindi per negligenza, imprudenza ed imperizia (colpa generica) o per l'inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline (colpa specifica). Nonostante quindi l'evento si sia realizzato contro l'intenzione del soggetto agente viene mosso un rimprovero allo stesso poiché questi ha comunque violato una regola cautelare di condotta che se rispettata non avrebbe portato alla verificazione dell'evento. Tizio alla guida della propria autovettura viaggia a velocità elevata confidando nelle proprie capacità, giunto ad un incrocio investe Caio che sta attraversando la strada poiché non riesce a frenare in tempo l'autovettura. Caio a seguito del sinistro muore. Si configura quindi un omicidio colposo poiché di certo Tizio non voleva la morte di Caio, anche se prevedibile data l'alta velocità, e comunque ne risponde poiché ha violato la regola cautelare di condotta non solo rappresentata dall'imprudenza ma altresì dalla violazione delle norme codice della strada che se fossero state rispettate non avrebbero portato alla morte di Caio.

Per quanto concerne il contenuto della colpa preme accennare, anche se la trattazione verrà ripresa più dettagliatamente nella responsabilità professionale, ai concetti di negligenza, imprudenza ed imperizia. La **negligenza** si sostanzia nella mancata osservanza di un comportamento doveroso per disattenzione, "disamore" in ciò che si fa, l'**imprudenza** consiste nell'avventatezza, nel porre in essere un comportamento senza aver valutato le conseguenze ed adottato le opportune cautele, l'**imperizia** si ha quando il soggetto agente difetti di capacità, di abilità o di conoscenze richieste per quella determinata condotta. Preme sottolineare che i delitti colposi sono espressamente definiti tali dall'ordinamento poiché ne rappresentano un modello eccezionale poiché l'elemento psicologico tipico è il dolo.

In fine, la preterintenzione, che dal latino *praeter intentionem* (oltre l'intenzione) si ha quando l'evento che si verifica è più grave di quello voluto dal soggetto agente. Sono solo due le fattispecie di delitti preterintenzionali previsti dal nostro ordinamento: l'omicidio preterintenzionale (art. 584 c.p.: Chiunque con atti diretti a commettere uno delitti preveduti dagli articoli 581 e 582, cagiona

la morte di un uomo è punito con la reclusione da dieci a diciotto anni) ove la morte del soggetto si verifica a seguito e come conseguenza di condotte realizzanti i delitti previsti e puniti dagli artt. 581 (delitto di percosse) e 582 (delitto di lesioni) c.p.: Tizio e Caio hanno un acceso diverbio, nella discussione Tizio lo spinge, lo strattona e lo colpisce con pugni con una veemenza tale da fargli perdere l'equilibrio tanto che Caio nel cadere a terra sbatte con il proprio capo su di un tavolo di marmo e muore. Altra fattispecie è l'aborto preterintenzionale (art. 18 comma 2 L.194/78) che punisce la condotta di chi provochi nella donna un aborto con azioni dirette a cagionare lesioni alla stessa.

Nell'esempio poc'anzi menzionato è possibile altresì rintracciare ed individuare i soggetti del reato: il soggetto attivo, ovverosia colui che compie l'azione, definito anche reo o soggetto agente (Tizio) ed il soggetto passivo, definito anche vittima o persona offesa dal reato (Caio) ovverosia colui che è titolare del bene o dell'interesse sotteso alla norma penale e da questa tutelato mediante il divieto di porre in essere condotte che possano lederlo o porre in pericolo. Si definisce invece danneggiato dal reato colui che a seguito del reato ha subito un danno e nella maggior parte dei casi si assiste ad una coincidenza nella medesima persona tra la vittima del reato ed il danneggiato dallo stesso. Diverso invece è il concetto di oggetto del reato che materialmente è definito come la cosa o la persona su cui cade l'azione o l'omissione vietata dalla norma penale ma anche il bene stesso o l'interesse tutelato.

5.4 Classificazione dei reati

Ormai è chiaro, o almeno dovrebbe esserlo, il concetto di reato, è necessario quindi procedere ad una classificazione degli stessi e ad una distinzione in base a determinati criteri.

Innanzitutto i reati si distinguono **per la specie** in delitti e contravvenzioni. Spesso nel linguaggio comune si tende a far confusione con tali termini, utilizzando "reato" come sinonimo di delitto, in realtà non è propriamente corretto poiché il delitto è solo una specie del più ampio genus del reato che comprende altresì anche le contravvenzioni. Preliminari osservazioni portano a considerare che la distinzione tra i delitti e le contravvenzioni risieda nella minor gravità di queste ultime rispetto ai primi. È necessario però rintracciare un criterio distintivo certo, anche in previsione delle nuove fattispecie di reato che verranno ipotizzate in futuro dal legislatore, per far sì che sia facilmente intuibile se si tratti di delitto

o di contravvenzione. Vi è la necessità di un criterio formale e nell'individuazione dello stesso soccorre il codice penale con l'art. 39 ove si statuisce la suddetta distinzione tra delitti e contravvenzioni «... secondo la diversa specie delle pene per essi stabilite da questo codice» e quindi, ponendo mente all'art. 17 ove specifica le pene per i delitti: l'ergastolo, la reclusione, la multa; mentre per le contravvenzioni indica quali pene: l'arresto e l'ammenda, si avrà quindi che, già dalla lettura della norma, emergerà chiaramente se è un delitto o una contravvenzione. Per esempio, se si pone mente all'art. 567 c.p., primo comma, e se ne legge il testo «Chiunque, mediante la sostituzione di un neonato, ne altera lo stato civile è punito con **la reclusione** da tre a dieci anni ...» si evince chiaramente dal criterio dettato dal combinato disposto degli artt. 39 e 17 c.p. che si tratta di delitto poiché la reclusione è una specie di pena prevista per i delitti e non per le contravvenzioni; diversamente se vi fosse stato indicato “è punito con **l'ammenda**”, allora sarebbe stata una contravvenzione.

Ulteriore distinzione può essere fatta in ordine al **soggetto attivo del reato**. I reati infatti commessi da un solo soggetto agente si definiscono **unisoggettivi** mentre invece se per la loro sussistenza necessitano di una pluralità di soggetti si definiscono **plurisoggettivi**. È necessario precisare che la maggior parte dei reati sono unisoggettivi, come l'omicidio o il furto, e lo sono anche quando vengono commessi da più persone, in tal caso infatti si ha un concorso di persone nel reato e non un reato plurisoggettivo che invece abbisogna di una necessaria pluralità di soggetti per la sua stessa sussistenza, come nel caso dell'associazione a delinquere⁸ ove qualora vi siano solo due persone non potrebbe configurarsi il reato suddetto.

Inoltre, sempre in riferimento al soggetto attivo del reato, si può distinguere il reato **comune** da quello **proprio**. È comune il reato che può essere commesso

⁸ Art. 416 c.p.: «Quando tre o più persone si associano allo scopo di commettere più delitti, coloro che promuovono o costituiscono od organizzano l'associazione sono puniti, per ciò solo, con la reclusione da tre a sette anni. Per il solo fatto di partecipare all'associazione, la pena è della reclusione da uno a cinque anni. I capi soggiacciono alla stessa pena stabilita per i promotori.

Se gli associati scendono in armi le campagne o le pubbliche vie, si applica la reclusione da cinque a quindici anni. La pena è aumentata se il numero degli associati è di dieci o più.

Se l'associazione è diretta a commettere taluno dei delitti di cui agli articoli 600, 601 e 602, nonchè all'articolo 12, comma 3-bis, del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, si applica la reclusione da cinque a quindici anni nei casi previsti dal primo comma e da quattro a nove anni nei casi previsti dal secondo comma»

da chiunque e leggendo le norme lo sono tutti quei reati in cui il testo preveda l'espressione "Chiunque...è punito..." senza dare alcuna specificazione in ordine al soggetto agente, specifiche invece che caratterizzano il reato proprio che può invece essere commesso solo da chi abbia un determinato status o una qualifica.

Nel peculato per esempio ex art. 314 c.p.⁹ è necessario che il soggetto agente sia un pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio altrimenti non può parlarsi di peculato ma tutt'al più di appropriazione indebita come reato comune; nella stessa classificazione rientra l'omissione di referto che può essere commesso solo da un esercente una professione sanitaria.

In riferimento inoltre all'elemento psicologico del reato si è visto la distinzione in reati dolosi, colposi o preterintenzionali a seconda che il reato sia secondo l'intenzione nel primo caso, contro l'intenzione nel secondo e oltre l'intenzione nel terzo.

In ordine alla condotta, i reati si distinguono in **commissivi** se l'azione posta in essere dal soggetto agente è attiva ovvero si estrinseca all'esterno con un *facere* (fare), come per esempio uccidere un uomo somministrandogli un veleno; oppure **omissivi** quando l'azione è passiva concretizzandosi in un *non facere* che però realizza comunque l'evento, come per esempio cagionare la morte di un uomo come nell'omissione di soccorso e ciò in virtù della cosiddetta clausola di equivalenza contenuta nell'art. 40 secondo comma c.p.: «non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo». A maggior precisazione in questi casi si tratta di reati **omissivi impropri** che si differenziano dai reati **omissivi propri** per il fatto che in questi ultimi è lo stesso legislatore a prevedere la condotta omissiva che integra il fatto tipico, come per esempio nell'omissione di soccorso ex art. 593 c.p.¹⁰

I reati possono essere inoltre a **forma libera** detti anche causalmente orientati

⁹ Art. 314 c.p.: «Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che, avendo per ragione del suo ufficio o servizio il possesso o comunque la disponibilità di danaro o di altra cosa mobile altrui, se ne appropriava, è punito con la reclusione da tre a dieci anni. Si applica la pena della reclusione da sei mesi a tre anni quando il colpevole ha agito al solo scopo di fare uso momentaneo della cosa, e questa, dopo l'uso momentaneo, è stata immediatamente restituita»

¹⁰ Art. 593 c.p.: «Chiunque, trovando abbandonato o smarrito un fanciullo minore degli anni dieci, o un'altra persona incapace di provvedere a se stessa, per malattia di mente e di corpo, per vecchiaia o per altra causa, omette di darne immediato avviso all'Autorità, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa fino a 2.500 euro. Alla stessa pena soggiace chi, trovando un corpo umano che sia o sembri inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente o di darne immediato avviso all'Autorità. Se da siffatta condotta del colpevole deriva una lesione personale, la pena è aumentata; se ne deriva la morte, la pena è raddoppiata»

o **forma vincolata**. Nel primo caso il reato si può configurare con la realizzazione di una pluralità di diverse condotte e quindi sono indifferenti le modalità delle stesse poiché è sufficiente che comunque queste siano idonee a cagionare l'evento previsto dalla norma, come nel caso dell'omicidio ove rileva l'evento morte ed è indifferente che sia stato cagionato mediante lo sparo di una pistola, la somministrazione di un veleno, lo strangolamento *et cetera*. Per quanto concerne i reati a forma vincolata, invece, il reato si configura solo ove sia posta in essere quella determinata condotta tipizzata nella norma, come per esempio nel delitto di truffa ove è necessario che siano stati posti in essere artifici e raggiri che inducano il soggetto passivo del reato in errore.¹¹

Ulteriore distinzione può essere operata in ordine all'evento. Si definiscono **reati di condotta**, detti anche meramente formali, quei reati che per la loro configurazione non necessitano della causazione dell'evento, ovvero sia l'evento previsto dalla norma si concretizza nell'azione posta in essere dal soggetto agente, come per esempio nel delitto di evasione ex art. 385 c.p.¹² Sono invece **reati di evento**, definiti materiali, quei reati i quali per la loro configurazione e consumazione richiedono la realizzazione dell'evento, come nel caso del delitto di lesione personale ove è necessario per la configurazione dello stesso che si verifichi la malattia della vittima. Si ha poi la distinzione in **reati di danno o di pericolo**: i primi per la loro consumazione necessitano la lesione del bene sotteso alla norma penale e da questa tutelato, come nella lesione del bene vita nel caso dell'omicidio; i secondi invece si configurano anche quando il bene viene solamente messo in pericolo, si tratta di un danno potenziale al bene sotteso alla norma e si assiste

¹¹ Art. 640 c.p.: «Chiunque, con artifici o raggiri, inducendo taluno in errore, procura a sé o ad altri un ingiusto profitto con altrui danno, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da cinquantuno euro a milletrentadue euro. La pena è della reclusione da uno a cinque anni e della multa da trecentonove euro a millecinquecentoquarantanove euro: 1) se il fatto è commesso a danno dello Stato o di un altro ente pubblico o col pretesto di far esonerare taluno dal servizio militare; 2) se il fatto è commesso ingenerando nella persona offesa il timore di un pericolo immaginario o l'erroneo convincimento di dovere eseguire un ordine dell'Autorità. Il delitto è punibile a querela della persona offesa, salvo che ricorra taluna delle circostanze previste dal capoverso precedente o un'altra circostanza aggravante»

¹² Art. 385 cp.: «Chiunque, essendo legalmente arrestato o detenuto per un reato, evade è punito con la reclusione da sei mesi ad un anno. La pena è della reclusione da uno a tre anni se il colpevole commette il fatto usando violenza o minaccia verso le persone, ovvero mediante effrazione; ed è da tre a cinque anni se la violenza o minaccia è commessa con armi o da più persone riunite. Le disposizioni precedenti si applicano anche all'imputato che essendo in stato di arresto nella propria abitazione o in altro luogo designato nel provvedimento se ne allontani, nonché al condannato ammesso a lavorare fuori dello stabilimento penale. Quando l'evaso si costituisce in carcere prima della condanna, la pena è diminuita»

così ad un'anticipazione della tutela, ne è un esempio il delitto di incendio¹³, che viene punito per il solo fatto di aver messo in pericolo l'incolumità pubblica indipendentemente dalla gravità dello stesso. Sempre in ordine all'evento i reati si definiscono consumati ove l'evento si realizzi o tentati qualora, parafrasando l'art. 56 c.p., l'azione non si compie o l'evento non si verifica e in tali ipotesi si parlerà per esempio di tentato omicidio, tentato furto *et cetera*.

È possibile altresì operare una distinzione dei **reati in base al fatto che si tratti di reati istantanei**, abituali, continuati e permanenti. Nella prima categoria rientrano tutti quei reati la cui consumazione è puntuale nel tempo, ovvero sia la condotta si realizza in un momento, in una frazione di tempo, quando la realizzazione della fattispecie già di per sé consuma il reato come nel delitto di percosse, l'azione di percuotere consuma già il reato. I **reati abituali** sono invece quei reati caratterizzati per la loro configurazione da una reiterazione nel tempo della condotta anche se discontinua, come nel classico esempio dei maltrattamenti in famiglia¹⁴ o nel più recente delitto di *stalking*¹⁵. È Differente invece il **reato continuato** quando il soggetto agente nell'esecuzione del medesimo disegno criminoso con una pluralità di azioni o di omissioni viola la stessa norma o diverse norme, come nel caso di chi in esecuzione del medesimo disegno criminoso se-

¹³ Art. 423 c.p.: «Chiunque cagiona un incendio è punito con la reclusione da tre a sette anni.

La disposizione precedente si applica anche nel caso d'incendio della cosa propria, se dal fatto deriva pericolo per la incolumità pubblica»

¹⁴ Art. 572 c.p.: «Chiunque, fuori dei casi indicati nell'articolo precedente, maltratta una persona della famiglia, o un minore degli anni quattordici, o una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da uno a cinque anni. Se dal fatto deriva una lesione personale grave, si applica la reclusione da quattro a otto anni; se ne deriva una lesione gravissima, la reclusione da sette a quindici anni; se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a venti anni»

¹⁵ Art. 612 bis c.p.: «Salvo che il fatto costituisca più grave reato, è punito con la reclusione da sei mesi a quattro anni chiunque, con condotte reiterate, minaccia o molesta taluno in modo da cagionare un perdurante e grave stato di ansia o di paura ovvero da ingenerare un fondato timore per l'incolumità propria o di un prossimo congiunto o di persona al medesimo legata da relazione affettiva ovvero da costringere lo stesso ad alterare le proprie abitudini di vita. La pena è aumentata se il fatto è commesso dal coniuge legalmente separato o divorziato o da persona che sia stata legata da relazione affettiva alla persona offesa. La pena è aumentata fino alla metà se il fatto è commesso a danno di un minore, di una donna in stato di gravidanza o di una persona con disabilità di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, ovvero con armi o da persona travisata. Il delitto è punito a querela della persona offesa. Il termine per la proposizione della querela è di sei mesi. Si procede tuttavia d'ufficio se il fatto è commesso nei confronti di un minore o di una persona con disabilità di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nonché quando il fatto è connesso con altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio»

questra un individuo, lo uccide e ne depezza il cadavere al fine di occultarlo, in tal caso con il vincolo della continuazione sono state violate le norme degli articoli 605 c.p., 575 c.p., 410 c.p. e 412 c.p. In ultimo il **reato permanente** quando per la sua configurazione è necessario che l'azione abbia carattere continuativo nel tempo come nel sequestro di persona, ove è necessario che perché parlarsi di sequestro è necessario che la vittima sia privata della propria libertà personale per un determinato periodo di tempo.

In fine, in questa digressione sulla classificazione dei reati preme sottolineare una differenziazione che sarà poi utile nella comprensione del tema del referto. Vi sono infatti dei **reati** procedibili a querela e dei **reati procedibili d'ufficio**. Nel primo caso è necessario che la persona offesa dal reato manifesti la propria volontà a che il soggetto attivo del reato venga punito, la querela è infatti una condizione di procedibilità e ove manchi non è possibile esperire l'azione penale e qualora questa fosse già iniziata il giudice dichiara sentenza di non doversi procedere per difetto di querela. I reati procedibili a querela rappresentano un'eccezione e sono tassativamente indicati dalla legge poiché condizionano l'obbligatorietà dell'azione penale. L'ordinamento prevede la querela per tutti quei reati o che siano di scarso allarme sociale o perché per la peculiarità dell'offesa al bene sotteso alla norma penale si vuol proteggere la vittima del reato lasciandole la scelta se perseguire o meno il suo autore. Ne sono un esempio i già citati delitti di ingiuria e di diffamazione e nonostante, la gravità del reato, il delitto di violenza sessuale di cui ampiamente si tratterà nel capitolo dedicato al referto. La maggior parte dei reati invece sono procedibili d'ufficio e ciò significa che l'azione penale viene avviata con la mera ricezione della notizia di reato.

5.5 Cause di esclusione della punibilità

Le cause di esclusione della punibilità concernono tutte quelle condizioni che escludono la punibilità dell'autore del reato e possono riguardare e sostanzarsi nelle cause di esclusione della pena o nelle cause di estinzione del reato e della pena. Queste ultime in ordine al reato sono: la morte del reo prima della condanna, la remissione della querela, la prescrizione del reato, l'oblazione per le contravvenzioni, la sospensione condizionale della pena se il soggetto nei cinque anni successivi dalla sentenza di condanna, ove trattasi di delitto, o nei due anni

successivi, ove trattasi di contravvenzione, non commette un delitto o una contravvenzione della stessa indole. La pena si estingue invece per: la morte del reo dopo la condanna, la grazia, l'amnistia, l'indulto, la riabilitazione, la liberazione condizionale.

Per quanto concerne invece le cause di esclusione della pena si rimanda al capitolo relativo all'imputabilità.

5.6 Cause di esclusione dell'antigiuridicità

Nella definizione data di reato si è più volte puntata l'attenzione sull'antigiuridicità del fatto, in quanto viola una norma dell'ordinamento posta a tutela di un determinato bene od interesse meritevole di tutela. Si possono però configurare ipotesi per cui il fatto, anche se astrattamente previsto come reato, in concreto non sia antigiuridico ma debba considerarsi lecito poiché autorizzato da una norma o addirittura imposto. Si tratta di situazioni in cui seppur conforme al modello legale il fatto è lecito per il ricorso delle cosiddette cause di giustificazione o scriminanti. Queste sono delle cause che incidono sulla struttura del reato ed impediscono che si configuri e sono precipuamente indicate negli articoli 50, 51, 52, 53, 54 del codice penale.

L'art. 50 c.p. contempla il consenso dell'avente diritto, specificando che «non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto, col consenso della persona che può validamente disporre». Non configura il reato di danneggiamento l'aver distrutto un quadro con il consenso del suo proprietario e, la ratio risiede nel fatto che l'avente diritto, autodeterminandosi ha rinunciato alla tutela del bene. Il consenso è un atto giuridico quindi con cui l'avente diritto esprime la volontà di disporre di quel determinato bene od interesse e può essere espresso, attraverso parole, scritti, o tacito mediante comportamenti concludenti dai quali inequivocabilmente rileva la volontà del soggetto. L'art. 51 c.p. prevede la scriminante dell'esercizio di un diritto e l'adempimento di un dovere ed in particolare recita: «L'esercizio di un diritto o l'adempimento di un dovere imposto da una norma giuridica o da un ordine legittimo della pubblica autorità, esclude la punibilità. Se un fatto costituente reato è commesso per ordine dell'autorità, del reato risponde sempre il pubblico ufficiale che ha dato l'ordine. Risponde del reato altresì chi ha eseguito l'ordine, salvo che, per errore di fatto abbia ritenuto di obbedire

a un ordine legittimo. Non è punibile chi esegue l'ordine illegittimo, quando la legge non gli consente alcun sindacato sulla legittimità dell'ordine».

Non è infatti punibile chi, nell'esercizio di un proprio diritto, pone in essere una condotta che astrattamente configuri un reato, questo perché è lo stesso ordinamento che riconoscendogli il diritto lo autorizza ad esercitarlo, altrimenti si verificherebbe un'insostenibile contraddizione interna. Stesse considerazioni vengono mosse per quanto concerne l'adempimento di un dovere con cui a maggior ragione si protegge colui che ha in astratto commesso un reato per aver assolto un dovere impostogli.

L'art. 52 c.p. contempla la difesa legittima: «Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di difendere un diritto proprio od altrui contro il pericolo attuale di un'offesa ingiusta, sempre che la difesa sia proporzionata all'offesa. Nei casi previsti dall'articolo 614, primo e secondo comma, sussiste il rapporto di proporzione di cui al primo comma del presente articolo se taluno legittimamente presente in uno dei luoghi ivi indicati usa un'arma legittimamente detenuta o altro mezzo idoneo al fine di difendere: a) la propria o altrui incolumità; b) i beni propri o altrui, quando non vi è desistenza e vi è pericolo d'aggressione. La disposizione di cui al secondo comma si applica anche nel caso in cui il fatto sia avvenuto all'interno di ogni altro luogo ove venga esercitata un'attività commerciale, professionale o imprenditoriale». In tale circostanza vi è una prevalenza di interesse: viene tutelato l'interesse dell'aggredito e non quello dell'aggressore anche se di pari rango. Tizio che attenta alla vita di Caio, durante una colluttazione viene da questi ucciso. Caio non risponderà dell'omicidio di Tizio poiché anche se astrattamente reato, la causa di giustificazione della difesa legittima elimina l'antigiuridicità del fatto.

L'art. 53 c.p. prevede come scriminante l'uso legittimo delle armi e specifica: «Fermo le disposizioni contenute nei due articoli precedenti, non è punibile il pubblico ufficiale che, al fine di adempiere un dovere del proprio ufficio, fa uso ovvero ordina di far uso delle armi o di un altro mezzo di coazione fisica, quando vi è costretto dalla necessità di respingere una violenza o di vincere una resistenza all'Autorità e comunque di impedire la consumazione dei delitti di strage, di naufragio, sommersione, disastro aereo, disastro ferroviario, omicidio volontario, rapina a mano armata e sequestro di persona. La stessa disposizione si applica a qualsiasi persona che, legalmente richiesta dal pubblico ufficiale, gli presta assistenza. La legge determina gli altri casi, nei quali è autorizzato l'uso delle armi o

di un altro mezzo di coazione fisica». Anche qui è chiara la *ratio* della norma e si ricollega all'art. 51 c.p. per le considerazioni svolte in ordine alla necessità che non si verificano insostenibili contraddizioni interne all'ordinamento giuridico.

Infine l'art. 54 c.p. che prevede lo stato di necessità quale causa di giustificazione: «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. Questa disposizione non si applica a chi ha un particolare dovere giuridico di esporsi al pericolo. La disposizione della prima parte di questo articolo si applica anche se lo stato di necessità è determinato dall'altrui minaccia; ma, in tal caso, del fatto commesso dalla persona minacciata risponde chi l'ha costretta a commetterlo». Non può quindi essere punito per esempio chi, per salvare un altro individuo da un incendio, distrugge le pareti di un edificio.

5.7 Cause di esclusione della colpevolezza

Sono cause che escludono la cosiddetta *suas* della condotta, e si possono verificare quando manca il nesso psichico tra l'autore del fatto e l'evento ovvero quando escludono la configurabilità del dolo o della colpa. Nel primo caso si fa riferimento al caso fortuito e alla causa di forza maggiore, non può essere infatti punito chi ha commesso un reato per evento imprevisto e imprevedibile che si inserisce nell'azione del soggetto e che non può ad esso essere ricollegato neanche a titolo di colpa (caso fortuito); così come non può punirsi chi non è riuscito ad opporsi alla forza maggiore che contrasta con la volontà del soggetto vincendo su di essa (causa di forza maggiore).

Nel secondo caso invece, come si è accennato nel paragrafo relativo all'elemento psicologico del reato, la colpevolezza e quindi la punibilità del reato, necessita che il soggetto comprenda l'azione che sta compiendo rappresentandosela nella sua completezza e con volontà la metta in atto: ove nella rappresentazione cada in errore non si avrà la colpevolezza. Non potendo in questa sede approfondire al meglio, la falsa rappresentazione per errore di fatto e di diritto, si utilizza l'esempio che segue: Tizio uccide Caio poiché nel bosco lo scambia per un daino (falsa rappresentazione). Tizio non può essere punito per la morte di Caio in

quanto si è rappresentato ed ha voluto un fatto diverso dalla realtà: voleva cacciare un daino e non uccidere Caio.

5.8 Principali figure di reato attinenti la professione sanitaria

Esercizio abusivo della professione

Art. 348 c.p.: «Chiunque abusivamente esercita una professione, per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato, è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa da centotré euro a cinquecentosedici euro»

È un delitto contro la pubblica amministrazione poiché l'interesse tutelato è il buon andamento della stessa che comporta ed impone che tutte le professioni che richiedano una determinata specializzazione siano svolte da coloro che abbiano ottenuto un'abilitazione al loro esercizio da parte dello Stato, che ne ha quindi valutato i requisiti e la capacità. Viene infatti garantito in tal modo il cittadino che si affida al professionista, ben sapendo che lo stesso è in possesso di tutti quei requisiti di idoneità e capacità richiesti per l'espletamento della suddetta attività.

Incorre nel reato di esercizio abusivo della professione lo studente di medicina che senza aver conseguito la laurea o senza aver superato l'esame di Stato pratici un intervento chirurgico su un paziente o anche l'infermiere che a seguito di procedimento disciplinare sia stato sospeso dall'esercizio della professione. L'azione è scriminata dallo stato di necessità.

Somministrazione e detenzione di farmaci

Si tratta di delitti contro l'incolumità e in materia si riscontrano due fattispecie di reato, la prima prevista e punita dall'art. 443 c.p.: «Chiunque detiene per il commercio, pone in commercio o somministra medicinali guasti o imperfetti è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa non inferiore a ad euro 103», l'altra invece è contenuta nell'art. 445 cp.: «Chiunque, esercitando, anche abusivamente, il commercio di sostanze medicinali, le somministra in spe-

cie, qualità o quantità non corrispondenti alle ordinazioni mediche, o diversa da quella dichiarata o pattuita, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni e con la multa da euro 103 a euro 1032».

In entrambe le due fattispecie si tratta di un reato di pericolo, il legislatore ha voluto in tal modo evitare il rischio che la salute della collettività venga pregiudicata e vengano arrecati danni alle persone attraverso la somministrazione di medicinali guasti o alterati o, come nella fattispecie ex art. 445 c.p., non corrispondenti alle ordinazioni mediche.

Rifiuto di atti d'ufficio - Omissione

L'art. 328 c.p. recita: «Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni. Fuori dei casi previsti dal primo comma, il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che entro trenta giorni dalla richiesta di chi vi abbia interesse non compie l'atto del suo ufficio e non risponde per esporre le ragioni del ritardo, è punito con la reclusione fino ad un anno o con la multa fino a milletrentadue euro. Tale richiesta deve essere redatta in forma scritta ed il termine di trenta giorni decorre dalla ricezione della richiesta stessa».

Si tratta anche in questo caso di un delitto contro la pubblica amministrazione, volto a garantirne il buon funzionamento. È un reato di pericolo che si configura quindi indipendentemente dalla verifica dell'evento conseguente al rifiuto. Preme segnalare un intervento della Cassazione che ha riconosciuto la configurabilità di tale reato nella condotta di un'infermiera che si è rifiutata di pulire un paziente, sottoposto ad intervento di resezione colica, sporcatosi per la fuoriuscita delle feci dalla sacca contenitiva.

Interruzione di un servizio pubblico o di pubblica necessità

L'Art. 331 c.p. contempla la condotta di «Chi, esercitando imprese di servizi pubblici o di pubblica necessità, interrompe il servizio, ovvero sospende il lavoro nei suoi stabilimenti, uffici o aziende, in modo da turbare la regolarità del servizio, e' punito con la reclusione da sei mesi a un anno e con la multa non inferiore ad

euro 516. I capi, promotori od organizzatori sono puniti con la reclusione da tre a sette anni e con la multa non inferiore ad euro 3.098 ...».

Omissione di soccorso

Tale reato è previsto dall'art. 593 del c.p.: «Chiunque, trovando abbandonato o smarrito un fanciullo minore degli anni dieci, o un'altra persona incapace di provvedere a se stessa, per malattia di mente e di corpo, per vecchiaia o per altra causa, omette di darne immediato avviso all'Autorità, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa fino a 2.500 euro. Alla stessa pena soggiace chi, trovando un corpo umano che sia o sembri inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente o di darne immediato avviso all'Autorità. Se da siffatta condotta del colpevole deriva una lesione personale, la pena è aumentata; se ne deriva la morte, la pena è raddoppiata». È reato di pericolo, aggravato dall'evento.

Violenza privata

Il reato in esame è previsto dall'art. 610 del c.p.: «Chiunque, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa è punito con la reclusione fino a quattro anni ...».

Il bene giuridico tutelato è la libertà morale, intesa come facoltà di determinarsi in maniera spontanea e vieta tutte quelle condotte che obblighino taluno a fare, tollerare od omettere qualcosa. Può configurarsi il suddetto reato qualora il professionista sanitario esegua sul paziente un trattamento diagnostico o terapeutico senza che vi sia stato il consenso dello stesso.

Falso in atto pubblico

Il delitto previsto dall'art. 479 del c.p punisce «Il pubblico ufficiale che, ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un fatto è stato da lui compiuto o è avvenuto alla sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute, o comunque attesta falsamente fatti dei quali l'atto è destinato a

provare la verità, soggiace alle pene stabilite nell'articolo 476».

Si tratta di un reato contro la fede pubblica che tutela appunto l'affidamento di ogni cittadino nella genuinità di quanto riportato negli atti. Il reato infatti si configura attraverso l'attestazione di falsità, ovvero sia dalla mancata corrispondenza tra quanto emerge dall'atto e quanto corrisponde al vero. Rientrando la cartella clinica nella categoria degli atti pubblici, l'alterazione o falsificazione della stessa configura il reato suddetto.

La tutela penale degli incapaci e dei minori

La **circonvenzione d'incapaci** è un delitto contro il patrimonio previsto dall'articolo 643 del c.p.: «Chiunque, per procurare a sé o ad altri un profitto, abusando dei bisogni, delle passioni o della inesperienza di una persona minore, ovvero abusando dello stato d'infermità o deficienza psichica di una persona, anche se non interdetta o inabilitata, la induce a compiere un atto, che importi qualsiasi effetto giuridico per lei o per altri dannoso, è punito con la reclusione da due a sei anni e con la multa da euro 206 ad euro 2.065».

In particolare, il reato si configura quando il soggetto agente per procurarsi un profitto abusa delle condizioni di debolezza e/o incapacità della vittima portandola così a compiere un atto pregiudizievole dei suoi interessi economici come una compravendita o l'emissione di un assegno.

Anche questo è un reato di pericolo, si vuole anticipare la tutela per difendere il patrimonio di coloro che versano in uno stato di debolezza psichica.

VI

Capitolo

L'IMPUTABILITÀ

SOMMARIO: **6.1 Nozioni generali – 6.2 Vizio di mente – 6.3 Minore età – 6.4 Ubriachezza – 6.5 Sostanze stupefacenti – 6.6 Sordomutismo – 6.7 Stati emotivi e passionali**

6.1 Nozioni Generali

L'articolo 85 del c.p. "Capacità di intendere e volere" recita: «Nessuno può essere punito per un fatto preveduto 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».

L'imputabilità rappresenta un modo di essere, uno status del soggetto che gli permette di rendersi conto dei propri atti e quindi rispondere dell'eventuale illecito – reato commesso. Ma si chiarisce e si precisa meglio quanto definito nell'articolo su citato.

E' evidente, da quanto si legge, che il presupposto fondamentale per l'imputabilità è la capacità d'intendere e di volere e che l'imputabilità è il presupposto necessario per la punibilità. Ma perché la legge esige l'imputabilità e non attribuisce una pena ai soggetti incapaci di intendere e volere?

E' necessario precisare le differenze sostanziali che vi sono tra i concetti di imputabilità, punibilità, colpevolezza e responsabilità (del reato commesso) prima di affrontare le nozioni di capacità di intendere e di volere.

La Colpevolezza può essere definita secondo Antolisei: "l'atteggiamento antidoveroso della volontà che ha dato argine al fatto materiale richiesto per l'esistenza del reato"¹ quindi un atteggiamento psichico nei confronti del fatto che è stato commesso: il soggetto trasgredisce alla legge penale volontariamente, essa

¹ Antolisei F.: Manuale di diritto penale – Giuffrè editore – Milano, 2003

esiste se vi è stata una condotta cosciente e volontaria. E' evidente che il presupposto della colpevolezza è l'imputabilità del soggetto.

La Responsabilità penale è personale, affinché un individuo possa essere punito per quel reato, ne deve essere responsabile materialmente e moralmente. Sostanzialmente la responsabilità penale definisce, dopo aver identificato il reo in rapporto alla sanzione penale, la natura e la gravità del reato e di conseguenza la natura e gravità della pena. In sintesi possiamo affermare che "la responsabilità penale è la capacità giuridica del soggetto, imputabile e riconosciuto colpevole, di rispondere penalmente del reato ... che ha commesso"².

Tutto quanto enunciato sin qui, mette in evidenza come tutto sia collegato al requisito dell'imputabilità che deve sussistere in tutte le fasi in cui si sviluppa e si accerta il reato: nel momento in cui è stato commesso, durante l'accertamento giudiziario della responsabilità, cioè il processo e, al momento in cui la sanzione o pena diventa definitiva. Come indicato nell'art. 85 del c.p., il presupposto dell'imputabilità è la capacità di intendere e volere e devono sussistere ambedue contemporaneamente.

Cosa si intende per capacità di intendere e volere? La capacità di intendere è rappresentata dall'idoneità del soggetto a comprendere il significato e gli effetti della propria condotta cioè capire il valore della propria azione ivi compreso il suo disvalore sociale; deve cioè, saper distinguere il valore giuridico della propria azione e, quanto e come la stessa fosse conforme alle regole ed ai comportamenti sociali ovvero se vi fossero delle alternative al suo comportamento.

La capacità di volere invece sta ad indicare l'attitudine di un soggetto ad auto determinarsi cioè a saper scegliere liberamente le proprie azioni, e mantenere intatta la capacità di resistere agli impulsi e di inibirsi dall'agire.

Un soggetto che ha la capacità di intendere, ha la facoltà di comprendere i motivi delle sue azioni, il significato nonché le conseguenze del suo atto, quindi è in grado di stabilire il valore morale, civile e giuridico delle stesse: in definitiva ha la capacità di valutare se la sua azione è buona o cattiva, se è dannosa e se è lecita o illecita. Con la capacità di volere il soggetto prende coscienza del valore delle sue azioni, decide consapevolmente di fare o non fare l'azione.

Si presuppone che le due capacità siano connaturate in ogni individuo al raggiungimento della maggiore età e per tale motivo si dichiara "presunta", a diffe-

² Macchiarelli L., Arbarello P., di Luca N. M., Feola T.: Medicina Legale – Minerva Medica editore – Torino 2005

renza del minore di anni diciotto e maggiore di quattordici, ove, invece, l'imputabilità ovvero la capacità di intendere e di volere, va accertata caso per caso attraverso una perizia psichiatrica; nel minore di anni quattordici l'imputabilità è presuntivamente esclusa in modo assoluto.

Oltre che in rapporto all'età, l'imputabilità viene esclusa o attenuata anche per cause patologiche cioè dovute a infermità ed a stati tossici, argomenti che verranno trattati separatamente più avanti, dopo aver esaminato le due fattispecie relative all'incapacità procurata e preordinata.

L'incapacità procurata, regolata dall'art. 86³ del c.p. prevede l'assoluta responsabilità di colui che ha indotto un soggetto in stato di incapacità d'intendere e volere al fine di fargli commettere un reato. E' tacito che l'incapacità procurata, perché sia tale, dovrà essere esente dal consenso dell'autore. Per quanto concerne invece l'incapacità preordinata (art. 87 c.p.)⁴, questa riguarda il soggetto che al fine di commettere un reato si procura una incapacità d'intendere o di volere: un esempio ricorrente è rappresentato da colui che, per effettuare una rapina o un qualche altro fatto delittuoso, fa uso di sostanze allucinogene.

6.2 Vizio di mente

Il vizio di mente è regolato dagli articoli 88 e 89 del codice penale: Vizio totale di mente (88): «Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere o di volere»; Vizio parziale di mente (89): «Chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità d'intendere o di volere, risponde del reato commesso; ma la pena è diminuita».

Il significato di "mente" riportato negli articoli su citati, non comprende semplicemente i processi intellettivi ma anche quelli dovuti alla percezione, alla memoria, al ragionamento et cetera e la sua alterazione deve dipendere dall'infermità

³ Articolo 86 del c.p.: Determinazione in altri dello stato d'incapacità, allo scopo di far commettere un reato. «Se taluno mette altri nello stato d'incapacità d'intendere o di volere, al fine di fargli commettere un reato, del reato commesso dalla persona resa incapace risponde chi ha cagionato lo stato d'incapacità».

⁴ Articolo 87 del c.p.: Stato preordinato d'incapacità d'intendere o di volere. «La disposizione della prima parte dell'articolo 85 non si applica a chi si è messo in stato d'incapacità d'intendere o di volere al fine di commettere il reato, o di prepararsi una scusa».

intesa come stato patologico che alteri l'equilibrio funzionale dell'organismo. Non è necessario che l'alterazione sia permanente né che riguardi tutte e due le capacità contemporaneamente.

E' acclarato che non tutte le menomazioni intellettuali e psichiche abbiano un'origine morbosa per cui non sempre determinano un vizio totale o parziale di mente, questi che escludono totalmente o scemano grandemente la capacità di intendere e di volere, devono essere dovuti ad una infermità non necessariamente di natura psichica ma possono comprendere anche quelle di origine fisica o comunque sia, organica.

Il vizio di mente può essere di diversi gradi, totale quando esclude totalmente la capacità d'intendere o di volere, parziale quando la capacità risulti "grandemente scemata".

Ai fini del riconoscimento del vizio totale di mente, l'infermità del soggetto che ha commesso il reato, dovrà ripercuotersi sulle funzioni psichiche in modo tale da alterare le sue attività intellettivo – volitive ed incidere quindi sulla sua capacità d'intendere o di volere. Le infermità ovvero le cause patologiche che causano il vizio di mente possono essere di varia natura: si possono genericamente suddividere in malattie psichiatriche, cerebrali e somatiche.

Tra le malattie psichiatriche si annoverano le psicosi⁵, le psicopatie⁶ e le psiconevrosi⁷; nelle malattie cerebrali ritroviamo tutte quelle neurologiche tra cui: l'epilessia, le encefaliti, i tumori et cetera; tra quelle somatiche rilevano soprattutto gli stati infettivi, tossici e metabolici che producono stati febbrili acuti con deliri e stati confusionali oppure con obnubilamento della coscienza come nelle patologie tossiche o nell'epilessia.

Il vizio è totale quando la capacità d'intendere e di volere manca totalmente e quindi esclude l'imputabilità. Nel caso in cui ci si trovi di fronte ad un soggetto

⁵ Per psicosi si intende un raggruppamento di disturbi mentali caratterizzati da distacco dalla realtà, compromissione dell'adattamento sociale, perturbazione delle facoltà di comunicazione, mancanza di consapevolezza di malattia, perdita dei confini dell'io, compromissione dell'esame di realtà, presenza di deliri o allucinazioni.

⁶ La psicopatia è un disturbo mentale considerato dall'Organizzazione Mondiale di Sanità come un disturbo della personalità con influenze antisociali.

⁷ Il concetto di psiconevrosi, lo si deve alla psicoanalisi, che riconosce il fondamento dei sintomi in un conflitto psichico tra l'inconscio e l'io cosciente, tali sintomi sono un compromesso fra uno o più impulsi rimossi e le forze della personalità dell'individuo che si oppongono all'ingresso di questi impulsi nel pensiero cosciente e nel comportamento di psiconevrosi nevrastenica; tra le psiconevrosi si ricordano: le psiconevrosi d'ansia, la psiconevrosi fobica, la psiconevrosi ossessiva e la psiconevrosi isterica

che ha commesso un reato in totale incapacità d'intendere e di volere (quindi non imputabile) per infermità psichica e che, quindi, sia stato prosciolto per tale motivo, se ne dovrà accertare la pericolosità sociale al fine di procedere al ricovero presso una struttura idonea (ospedale psichiatrico giudiziario) come misura di sicurezza, di cui si argomenterà successivamente.

Ma di quanto dovrà diminuire la capacità per configurare un vizio parziale e non totale? E' evidente che il criterio sarà soprattutto quantitativo senza far venire meno anche l'aspetto qualitativo. Un esempio può essere dato dallo stato di senilità che non potrà essere considerato alla stregua di una infermità capace di produrre turbamento "patologico" nella sfera intellettuale – volitiva a meno che non presenti i caratteri (clinici sintomatologici) di una demenza senile o di altre forme morbose rilevanti che producano un'alterazione evidente del processo intellettuale – volitivo. La stessa epilessia non può essere considerata isolatamente come patologia che produce vizio totale di mente poiché il soggetto, fatta eccezione per casi particolari, fuori dall'attacco di crisi epilettica, non subisce una diminuzione delle sue capacità psichiche. Fatto salvo naturalmente tutti quei casi in cui la patologia ha provocato un decadimento progressivo cognitivo tale da incidere sulla capacità d'intendere e di volere in modo sostanziale. La stessa cleptomania, cioè la tendenza impulsiva al furto dal punto di vista psichiatrico forense fa parte dei disturbi ossessivo – compulsivi; ma solo la vera cleptomania, molto rara, può essere considerata un disturbo della volontà e quindi incidere sull'imputabilità ma, a nostro avviso solo quando il rapporto tra l'impulso irresistibile ed il reato, risulti diretto ed immediato⁸.

6.3 Ubriachezza

La definizione più comune di ubriachezza è una "temporanea alterazione psichica dovuta all'abuso di bevande alcoliche", secondo il diritto penale si riconoscono diverse specie di abuso alcolico: l'ubriachezza volontaria, colposa, preordinata e abituale.

Nell'articolo 91 del c.p. il legislatore considera quella dovuta a caso fortuito o forza maggiore: «Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, non aveva la capacità d'intendere o di volere, a cagione di piena ubriachezza derivata da caso fortuito o da forza maggiore. Se l'ubriachezza non era piena, ma

⁸ Fornari U.: Psicopatologia e psichiatria forense – UTET editore, Torino, 1989.

era tuttavia tale da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità di intendere o di volere, la pena è diminuita»; nel caso in cui un soggetto pone in essere una condotta illecita cioè un reato, non sarà considerato responsabile nel caso in cui la sua capacità di intendere e di volere sia stata ridotta o esclusa a causa del suo stato alcolico accidentalmente procurato. Si tratta di accidentalità ovvero di forza maggiore o caso fortuito quando il soggetto ha ingerito sostanze alcoliche senza esserne a conoscenza, quando è stato obbligato a farlo da terzi. In definitiva tutte le volte in cui non lo aveva previsto, preveduto o voluto. Nel caso in cui l'ubriachezza provochi una totale perdita della capacità d'intendere e di volere, l'imputabilità sarà totalmente esclusa. Ove sia grandemente scemata, si avrà una riduzione della pena.

Nel caso invece dell'ubriachezza volontaria o colposa stabilita dall'art. 92 del c.p.: «L'ubriachezza non derivata da caso fortuito o da forza maggiore non esclude né diminuisce l'imputabilità. Se l'ubriachezza era preordinata al fine di commettere il reato, o di prepararsi una scusa, la pena è aumentata» è prevista anche quando il soggetto ingerisce volontariamente sostanze alcoliche al fine di ubriacarsi per trarne piacere o superare il suo stato emotivo negativo; mentre sarà colposa quando è conseguenza di negligenza o imprudenza del soggetto ovvero quando il soggetto avrebbe potuto, con uno sforzo volitivo, capire che la somministrazione di una certa quantità di bevanda alcolica, avrebbe provocato lo stato di ebbrezza. Nello stesso articolo, si parla anche di preordinazione ovvero sia di indurre uno stato di ebbrezza alcolica al fine di commettere un reato e crearsi così una scusante o un alibi.

In caso di ubriachezza volontaria o colposa, l'imputabilità non subisce nessun effetto, rimanendo invariata, cioè non escludendola. Diversamente per il caso di ubriachezza preordinata, essa viene considerata quale aggravante e conseguentemente è aumentata la pena del reato.

Infine, all'articolo 94 del c.p., la norma considera l'ubriachezza abituale «Quando il reato è commesso in stato di ubriachezza, e questa è abituale, la pena è aumentata. Agli effetti della legge penale, è considerato ubriaco abituale chi è dedito all'uso di bevande alcoliche e in stato frequente di ubriachezza. L'aggravamento di pena stabilito nella prima parte di questo articolo si applica anche quando il reato è commesso sotto l'azione di sostanze stupefacenti da chi è dedito all'uso di tali sostanze» che sottintende una particolare inclinazione del soggetto all'uso eccessivo di sostanze alcoliche e che per configurarsi ha bisogno di due

caratteri specifici: l'uso ordinario e spropositato di sostanza alcolica che ne causi spesso uno stato di ebbrezza; anche in questo caso, non producendo una patologia permanente, l'imputabilità non viene esclusa o ridotta ma, in alcuni casi, può determinare un aumento di pena e l'applicazione di misure di sicurezza (ricovero in casa di cura e custodia). Tale norma vale anche per coloro che sono dediti all'uso di sostanze stupefacenti.

Per concludere, il Legislatore nell'art. 95 del c.p., Cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti: « Per i fatti commessi in stato di cronica intossicazione prodotta da alcool ovvero da sostanze stupefacenti, si applicano le disposizioni contenute negli articoli 88 e 89» ha voluto distinguere la cronica intossicazione dall'ubriachezza abituale poiché in quest'ultima lo stato di intossicazione alcolica può venir meno nel momento in cui cessa l'assunzione, mentre nel caso di "cronicità", l'intossicazione grave ha prodotto uno squilibrio psicologico acuto che perdura nel tempo nonostante l'astinenza dalla sostanza. E' assimilata al concetto di infermità poiché anche se interrotta l'assunzione, il soggetto presenta comunque i segni neurologici, somatici e psicopatologici dell'intossicazione. Saranno evidenziabili pertanto i segni di un deterioramento della vita di relazione, della sfera affettiva ed intellettuale tali da poter considerare che l'intossicazione induce permanentemente una riduzione della capacità di intendere o di volere e di conseguenza incidere sull'imputabilità.

Secondo una sentenza della Cassazione, la cronica intossicazione da alcool rappresenta « ... lo stato finale dell'alcolismo, caratterizzato da un impulso, ripetitivo e condizionante tutto il comportamento del soggetto all'assunzione di sostanze alcoliche e da stabili perturbazioni di ordine fisico, specie nel campo somatico viscerale e vasale, neurologico e psicologico, con alterazioni mentali progressive, profonde e definitive, sino allo sfacelo della personalità psichica, per cui l'individuo è, secondo le risultanze biologiche, un malato di mente e la sua capacità, sotto l'aspetto giuridico, è penalmente, secondo i casi, o esclusa o grandemente scemata»⁹.

6.4 Sostanze Stupefacenti

Sostanza stupefacente è un termine di derivazione francese che a volte sostituisce quello di droga cioè di sostanza psicotropa o psicoattiva, di origine naturale

⁹ Cassazione penale sentenza n. 2881 del 1983.

o sintetica che può essere usata in terapia medica ma può divenire a seconda della natura dei suoi effetti, della via di somministrazione *et cetera*, un fattore tossico e nocivo per l'individuo che l'assume. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la tossicodipendenza è uno stato di intossicazione cronica o periodica, dannosa per l'individuo e per la società, prodotta dall'uso ripetuto della sostanza.

E' caratterizzata da:

1. Il desiderio invincibile di continuare ad assumere la sostanza e di procurarsela con ogni mezzo.
2. La tendenza ad aumentare la dose per ottenere gli stessi effetti, detta anche tolleranza.
3. La dipendenza fisica e psichica dalla sostanza.
4. La grave compromissione della salute, della vita di relazione e della validità individuale.

In presenza di queste caratteristiche giuridicamente si può riscontrare l'esclusione totale o parziale dell'imputabilità.

Alcuni aspetti meritano un approfondimento al fine di capire meglio il rapporto con l'imputabilità. Quando si parla di tolleranza, s'intende l'assuefazione alla sostanza che procura al soggetto un effetto sempre minore per cui questi è portato ad aumentare la dose per ottenere gli stessi effetti. La dipendenza psichica è uno stato di malessere e di sofferenza del soggetto che si realizza sotto l'aspetto emozionale con la privazione della sostanza e che scompare con l'assunzione della stessa: questo stato psichico, può essere presente anche in assenza di dipendenza fisica. Appare chiaro come gli effetti dell'uso di sostanze stupefacenti possano essere diversi a seconda del tipo di sostanza, della quantità assunta e dei periodi di assunzione. Si può avere il semplice stato di stupefazione (estasi, rapimento, euforia) dovuta ad assunzione acuta per esempio di cocaina, sino a giungere alla stupefazione abituale ed alla intossicazione cronica. Il codice penale se ne occupa agli articoli 93 e 95 e al 3° comma dell'articolo 94 parificando complessivamente l'azione delle sostanze stupefacenti all'ubriachezza.

6.5 Sordomutismo

All'articolo 96 il codice penale sancisce: «Non è imputabile il sordomuto che, nel momento in cui ha commesso il fatto, non aveva, per causa della sua infermità la capacità d'intendere o di volere. Se la capacità d'intendere o di volere era grandemente scemata, ma non esclusa, la pena è diminuita».

Per sordomutismo si intende l'assenza o una gravissima limitazione dello sviluppo del linguaggio verbale, secondaria ad ipoacusia bilaterale grave. La sordità può essere congenita o acquisita. Rappresenta una delle cause che escludono o diminuiscono l'imputabilità poiché, come è noto, sia l'udito che il linguaggio sono essenziali per lo sviluppo del patrimonio psichico dell'individuo. Nel caso sia congenito può essere equiparato ad uno stato di immaturità psichica; considerato però che ormai da molti anni, i metodi rieducativi hanno raggiunto elevati livelli di miglioramento, il legislatore ha ritenuto di seguire le indicazioni valide per i soggetti infradiciottenni (valutare caso per caso il grado di maturità). Quando invece la sordità si presenta in età adulta, è generalmente la conseguenza di una malattia infettiva, di tumori cerebrali, di gravi traumi cronicizzati; in tal caso la capacità di intendere e di volere, se ridotta o abolita sarà la conseguenza della patologia iniziale e non del sordomutismo. Anche in questo caso è obbligatorio l'accertamento dello stato mentale.

6.6 Stati emotivi e passionali

All'articolo 90 il codice penale stabilisce « Stati emotivi o passionali. Gli stati emotivi o passionali non escludono né diminuiscono l'imputabilità», quindi non incidono sull'imputabilità, poiché come specificato dal legislatore, non hanno carattere patologico.

Ma qual è la differenza tra emozione e passione? Ambedue sono stati che appartengono alla sfera affettiva, l'emozione determinata da un turbamento improvviso, vivace ma di breve durata come la gioia, la paura, l'ira, la vergogna, il piacere erotico o lo spavento; la passione condizione affettiva ben più profonda e duratura nel tempo come l'amore, l'odio, la gelosia, l'ideologia politica, l'ambizione e il fanatismo. Si potrebbe dire, rappresentando un'equazione che la passione sta all'emozione come lo stato cronico sta allo stato acuto. Pur se gli stati

emotivi e passionali, non incidono sull'imputabilità, possono beneficiare delle cosiddette circostanze attenuanti o aggravanti, incidendo sulla gravità della pena.

Un breve cenno, per completare tutti gli aspetti dell'imputabilità, meritano la pericolosità sociale e le misure di sicurezza. La pericolosità sociale, si fonda sulle attitudini criminali di un individuo e quanto questi possa incorrere in recidività. Secondo la definizione del codice penale, è socialmente pericolosa, la persona anche se non imputabile e non punibile, la quale ha commesso un reato e lascia prevedere la probabilità di commetterne altri (art. 203 c.p.). la pericolosità sociale per i soggetti non imputabili cioè i minori e gli infermi di mente, che si ritenga, se abbandonati a se stessi, possano commettere nuovi reati, deve prevedere una misura di sicurezza, rappresenta da Comunità fondata sul principio della rieducazione sociale¹⁰. Le misure di sicurezza sono revocate quando la persona non è più socialmente pericolosa. Tra le misure di sicurezza per adulti ricordiamo l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (O.P.G.), il ricovero in casa di cura o di custodia per i soggetti con vizio parziale, l'assegnazione ad una casa di lavoro o colonia agricola per i delinquenti abituali.

¹⁰Agostini S., Ciccirello E., Frati P., Marsella L.T.: La delinquenza giovanile – Giuffré editore – Milano 2005

VII

Capitolo

IL REFERTO

L'articolo 365 del codice penale statuisce l'obbligo di referto sanzionandone l'omissione: «Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto pel quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'Autorità indicata nell'Articolo 361, è punito con la multa fino a euro 516. Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale».

L'atto obbligatorio del referto nasce nel momento in cui il sanitario si trovi di fronte ad un caso che può presentare i connotati di un delitto perseguibile d'ufficio; il delitto di omissione di referto è un reato di pericolo e non di danno pertanto, come stabilito dalla giurisprudenza, sono necessari oltre al dolo e alla volontà dell'omissione, anche la configurabilità del reato perseguibile. Analizzando nel particolare l'articolo, ne scaturisce in primis che l'obbligo di referto è attribuito a chiunque eserciti una professione sanitaria ovvero il medico – chirurgo, l'odontoiatra, il farmacista, il veterinario e tutti coloro che esercitano le professioni sanitarie quando abbiano prestato la propria assistenza od opera in quei casi ove si possa configurare un delitto perseguibile d'ufficio. Qual è la differenza tra assistenza ed opera? Le interpretazioni dottrinarie sono state diverse, quella che si ritiene più appropriata specifica che per "assistenza" si intende l'attività diagnostico – terapeutica che si esplica su persona vivente indipendentemente dalla continuità, mentre la prestazione "d'opera" è quella espletata sul cadavere o su elementi biologici come nelle indagini tossicologiche.

Come si è precisato, l'obbligo sussiste in determinati casi ovvero sia in tutte quelle situazioni che presentano i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio che possono così suddividersi:

1. Delitti contro la vita:
 - A. Omicidio doloso (con intenzione)
 - B. Omicidio colposo (contro l'intenzione)
 - C. Omicidio preterintenzionale (oltre l'intenzione)
 - D. Omicidio del consenziente
 - E. Istigazione o aiuto al suicidio
 - F. Morte conseguente ad altro delitto (morte conseguente a sequestro di persona)
 - G. Infanticidio e feticidio fatti salvi gli esimenti ovverosia in stato di abbandono materiale e morale della madre.

2. Delitti contro l'incolumità individuale:
 - A. Lesioni personali dolose
 - a. Lievi → malattia superiore a 20 giorni.
 - b. Gravi → malattia superiore a 40 giorni.
→ malattia che metta in pericolo la vita.
→ indebolimento permanente di un senso.
→ indebolimento permanente di un organo.

 - c. Gravissime¹ → malattia certamente o probabilmente inguaribile.
→ perdita di un senso.
→ perdita di un arto o mutilazione che renda l'arto inservibile.
→ perdita dell'uso di un organo.
→ perdita della capacità di procreare.
→ permanente difficoltà della favella.
→ deformità del viso.

² Art. 583 del codice penale: «Circostanze aggravanti. La lesione personale è grave, e si applica la reclusione da tre a sette anni: 1) se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni; 2) se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo; 3) se la persona offesa è una donna incinta e dal fatto deriva l'acceleramento del parto. La lesione personale è gravissima, e si applica la reclusione da sei a dodici anni, se dal fatto deriva: 1) una malattia certamente o probabilmente insanabile; 2) la perdita di un senso; 3) la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella; 4) la deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso»

- B. Lesioni personali colpose
 - a. Gravi o gravissime quando vi sia stata una violazione alle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative all'igiene del lavoro o che abbiano determinato una malattia professionale.
- C. Tutti i casi in cui si configurino le circostanze aggravanti generiche previste dall'articolo 585 del codice penale².
- 3. Delitti contro l'incolumità pubblica:
 - A. Tutte le attività pericolose per la salute pubblica che possono creare pericolo di epidemie e intossicazioni (alterazione di alimenti, bevande et cetera.).
- 4. Delitti contro la libertà sessuale:
 - A. Violenza nei confronti di minore di anni 14.
 - B. Violenza commessa da genitore, tutore, convivente, collaterale, pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle proprie funzioni.
 - C. Violenza commessa ad altro delitto per il quale si procede d'ufficio.
 - D. Violenza di gruppo.
- 5. Delitti di interruzione di gravidanza al di fuori di quelle circostanze previste dalla legge n. 194/78.
- 6. Delitti contro la pietà dei defunti: vilipendio, occultamento e uso illegittimo di cadavere.
- 7. Delitti contro la famiglia: maltrattamenti in famiglia, abuso dei mezzi di correzione e disciplina.
- 8. Delitti contro la libertà individuale: sequestro di persona, violenza privata, incapacità procurata mediante violenza.

² Art. 585 del codice penale: «Circostanze aggravanti. Nei casi preveduti dagli artt. 582, 583 e 584, la pena è aumentata da un terzo alla metà, se concorre alcuna delle circostanze aggravanti prevedute dall'articolo 576; ed è aumentata fino a un terzo, se concorre alcuna delle circostanze aggravanti prevedute dall'articolo 577, ovvero se il fatto è commesso con armi o con sostanze corrosive. Agli effetti della legge penale, per "armi" s'intendono: 1) quelle da sparo e tutte le altre la cui destinazione naturale è l'offesa alla persona; 2) tutti gli strumenti atti ad offendere, dei quali è dalla legge vietato il porto in modo assoluto, ovvero senza giustificato motivo. Sono assimilate alle armi le materie esplodenti e i gas asfissianti o accecanti.»

Come stabilito dall'ultimo corollario dell'articolo, la disposizione non si attiva quando esporrebbe la persona assistita a procedimento penale cioè nei casi di infanticidio in condizioni di abbandono materiale e morale (art. 578 c.p.), nella rissa (art. 588 c.p.) e nella fraudolenta distruzione della propria casa e fraudolenta mutilazione della propria persona (art. 642 c.p.).

Il referto deve essere presentato entro le 48 ore all'ufficiale di polizia giudiziaria del luogo o al Pubblico Ministero (art. 344 c.p.p.), in loro mancanza al Sindaco del comune ove non vi siano uffici della Polizia di Stato, comandi dell'Arma dei Carabinieri o della Guardia di Finanza.

Il referto deve indicare le generalità della persona assistita: il luogo, il tempo e le circostanze di dove è avvenuto il fatto, il mezzo con cui è stato commesso e il giudizio prognostico sulla durata ed evoluzione della lesione. Dovrà essere firmato dal sanitario che lo redige; ove vi sia stata assistenza di più sanitari, tutti avranno il medesimo obbligo che potrà essere adempiuto singolarmente ovvero stilando un atto unico firmato da tutti.

VIII

Capitolo

CARTELLA CLINICA

La cartella clinica è un documento pubblico contenente i dati clinici del paziente durante la sua degenza. I primi accenni di quella che oggi è la cartella clinica, si rinvengono sin dai tempi antichi su alcuni graffiti ritrovati in Spagna ove si trovano riferimenti a malati e malattie; le prime tracce di cure praticate risalgono al 2600 a.c. in Egitto ove le cure mediche raggiunsero livelli considerevoli per quel tempo. Ma il primo a ritenere che, al fine di migliorare le cure ai pazienti, fosse necessario osservarli attentamente, annotarne i sintomi, le ipotesi diagnostiche e le cure, fu Ippocrate. Da allora, nel corso dei tempi, le annotazioni scritte furono sempre più indirizzate alla primaria necessità di giungere ad una esatta diagnosi e conseguentemente a delle cure efficaci.

Attualmente la cartella clinica ha assunto una importanza fondamentale nell'attività medico – sanitaria ma anche sotto il profilo amministrativo e legale, nonostante non si sia ancora giunti ad una legislazione specifica.

Secondo la definizione lessicale della Treccani, la cartella clinica è: «l'incartamento o documentazione riguardante la malattia di una persona ricoverata in una clinica o in un ospedale e contenente i dati relativi all'esame clinico, alle ricerche diagnostiche espletate, alla diagnosi formulata, alle cure istituite ed all'evoluzione della malattia durante il periodo di degenza»; il Ministero della Salute invece fornisce nel documento ufficiale del 2011 sul Rischio clinico, ben due definizioni professionali: «Lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche significative relative ad un paziente e ad un singolo episodio di ricovero» (1992), «Insieme di documenti che registrano un complesso eterogeneo di informazioni sanitarie, anagrafiche, sociali, aventi lo scopo di rilevare il percorso diagnostico – terapeutico di un paziente al fine di predisporre gli opportuni interventi sanitari e di poter effettuare

indagini scientifiche, statistiche e medico - legali». Non possiamo tralasciare il punto di vista giuridico nel novero delle definizioni, che proviene dalla sentenza della *Corte di Cassazione, sez. IV pen., del 30 giugno 1975, n. 9872*: « La cartella clinica è atto pubblico, in quanto documenta l'andamento della malattia, i medicinali somministrati, le terapie e gli interventi praticati, l'esito della cura e la durata della degenza dell'ammalato». Ma quale funzione esercita la cartella clinica al di là delle definizioni? Il suo scopo e funzione primaria è quello di garantire la compilazione organica e completa di tutti i dati inerenti il ricovero del singolo paziente e di poter quindi assumere decisioni inerenti i suoi problemi di salute avendo a disposizione il quadro panoramico sanitario del soggetto. Giuridicamente vengono riconosciute alla cartella clinica le stesse caratteristiche proprie dell'atto pubblico, comportandone le stesse applicazioni ed implicazioni che verranno successivamente esaminate.

In senso generale si può asserire che la cartella clinica possiede alcuni requisiti che si dividono principalmente in formali e sostanziali. Quelli formali, rappresentati dai contenuti, simili se non identici, a quelli validi per ogni certificazione sanitaria e cioè: generalità complete del paziente, diagnosi di ammissione, esame obiettivo dettagliato e completo, esami di laboratorio e strumentali con le relative annotazioni specialistiche, la diaria ove devono essere riportati 'giornalmente' le variazioni dei parametri del soggetto con associate terapie e modificazioni, la cartella infermieristica, la scheda anestesiologicala e quelle dell'intervento chirurgico (specifiche per il reparto chirurgico), i consensi, la diagnosi di dimissione quale valutazione complessiva diagnostica, l'esito di quanto effettuato nel periodo di degenza ed infine, la relazione di dimissione.

L'aspetto sostanziale invece, fondamentale ed inderogabile, è rappresentato dai seguenti criteri:

La rintracciabilità: cioè la possibilità di risalire a tutte le attività ed agli esecutori delle stesse, nonché ai materiali (pezzi istologici e/o materiale biologico come il sangue prelevato per esami) e documenti che fanno parte integrante della cartella. Per ogni prestazione devono essere rintracciabili la data e l'ora di esecuzione come pure la firma leggibile di chi l'ha effettuata.

La chiarezza, rappresentata dalla grafia e dall'esposizione di quanto viene riportato: tutto ciò che viene scritto deve essere leggibile e comprensibile a tutti, il suo contenuto non deve dare adito ad interpretazioni diverse.

L'accuratezza nella compilazione delle terapie, nella trascrizione dei parametri vitali e degli esami strumentali e specialistici.

La veridicità ovverosia quanto riportato deve essere conforme a quanto obiettivamente constatato.

La pertinenza che riguarda le informazioni riportate e che devono essere attinenti alle condizioni cliniche del paziente, devono pertanto essere evitate tutte le registrazioni di dati che siano al di fuori di tale requisito come ad esempio l'appartenenza religiosa.

La completezza concernente tutti i dati del paziente dall'inizio del ricovero alla sua dimissione.

Come si è accennato, non esiste una disciplina legislativa uniforme e generale che riguardi la cartella clinica, vi sono una serie di fonti tra cui le norme regolamentari, la giurisprudenza di merito e le disposizioni deontologiche¹ a cui si fa riferimento.

La Giurisprudenza di legittimità si è occupata dell'argomento in relazione ai profili di falso, della conservazione dell'atto e della privacy; riconoscendo principalmente alla cartella clinica il valore di atto pubblico^{2,3}, poiché redatta da pubblico ufficiale⁴.

Questo per quanto attiene la cartella clinica ospedaliera e di Casa di cura convenzionata mentre, per quanto concerne la cartella clinica di casa di cura pri-

¹ Art. 26 codice deontologico del medico - Cartella clinica- La cartella clinica delle strutture pubbliche e private deve essere redatta chiaramente, con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e contenere, oltre ad ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo decorso, le attività diagnostico-terapeutiche praticate. La cartella clinica deve registrare i modi e i tempi delle informazioni nonché i termini del consenso del paziente, o di chi ne esercita la tutela, alle proposte diagnostiche e terapeutiche; deve inoltre registrare il consenso del paziente al trattamento dei dati sensibili, con particolare riguardo ai casi di arruolamento in un protocollo sperimentale.

Codice deontologico dell'infermiere: Art. 26 - L'infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi all'assistito. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è attinente all'assistenza; Art. 27 - L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi; Art. 28 - L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta del rapporto di fiducia con l'assistito.

² Articolo 2699 c.c. - Atto pubblico «L'atto pubblico è il documento redatto, con le richieste formalità, da un notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede nel luogo dove l'atto è formato»

³ Cassazione penale, sezione V, n. 1098 del 26.11.1997.

⁴ Articolo 357 c.p. - Nozione del pubblico ufficiale - «Agli effetti della legge penale, sono pubblici ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa. Agli stessi effetti è pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi»

vata, l'inquadramento è quello previsto nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri o Decreto Ministeriale (DPCM)⁵ del 27 giugno 1986, secondo il quale la cartella clinica non ha carattere di atto pubblico ma soggiace comunque alle norme deontologiche e di privacy.

L'aspetto penalistico della cartella clinica si sostanzia fundamentalmente in cinque fattispecie illecite: la falsità materiale⁶ e la commessa falsità ideologica⁷ compiute da pubblico ufficiale in atti pubblici, l'omissione di atti d'ufficio⁸, la rivelazione a utilizzare segreti d'ufficio⁹ e la rivelazione di segreto professionale¹⁰.

⁵ Articolo 35 - «In ogni casa di cura privata è prescritta, per ogni ricoverato, la compilazione della cartella clinica da cui 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. Le cartelle cliniche, firmate dal medico responsabile di raggruppamento dovranno portare un numero progressivo ed essere conservate a cura della direzione sanitaria. Fatta salva la legislazione vigente in materia di segreto professionale, le cartelle cliniche ed i registri di sala operatoria devono essere esibiti, a richiesta, agli organi formalmente incaricati della vigilanza. In caso di cessazione dell'attività della casa di cura le cartelle cliniche dovranno essere depositate presso il servizio medico-legale della U.S.L. territorialmente competente».

⁶ Art. 476 c.p. Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici. «Il pubblico ufficiale che, nell'esercizio delle sue funzioni, forma, in tutto o in parte, un atto falso o altera un atto vero, è punito con la reclusione da uno a sei anni. Se la falsità concerne un atto o parte di un atto, che faccia fede fino a querela di falso, la reclusione è da tre a dieci anni».

⁷ Art. 479 c. p. Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici - «Il pubblico ufficiale [c.p. 357], che, ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni [c.p. 482], attesta falsamente che un fatto è stato da lui compiuto o è avvenuto alla sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute, o comunque attesta falsamente fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, soggiace alle pene stabilite nell'articolo ... ».

⁸ Art. 328 c. p. Rifiuto di atti d'ufficio - Omissione - «Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni. Fuori dei casi previsti dal primo comma, il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che entro trenta giorni dalla richiesta di chi vi abbia interesse non compie l'atto del suo ufficio e non risponde per esporre le ragioni del ritardo, è punito con la reclusione fino ad un anno o con la multa fino a milletrentadue euro. Tale richiesta deve essere redatta in forma scritta ed il termine di trenta giorni decorre dalla ricezione della richiesta stessa».

⁹ Art. 326 c.p. Rivelazione ed utilizzazione di segreti di ufficio - «Il pubblico ufficiale o la persona incaricata di un pubblico servizio, che, violando i doveri inerenti alle funzioni o al servizio, o comunque abusando della sua qualità, rivela notizie di ufficio, le quali debbano rimanere segrete, o ne agevola in qualsiasi modo la conoscenza, e' punito con la reclusione da sei mesi a tre anni. Se l'agevolazione e' soltanto colposa, si applica la reclusione fino a un anno. Il pubblico ufficiale o la persona incaricata di un pubblico servizio, che, per procurare a sé o ad altri un indebito profitto patrimoniale, si avvale illegittimamente di notizie di ufficio, le quali debbano rimanere segrete, e' punito con la reclusione da due a cinque anni. Se il fatto è commesso al fine di procurare a sé o ad altri un ingiusto profitto non patrimoniale o di cagionare ad altri un danno ingiusto, si applica la pena della reclusione fino a due anni»

¹⁰ Art. 622 c.p. - Rivelazione di Segreto professionale - «Chiunque, avendo notizia, per ragione del proprio

. In riferimento alla responsabilità, vale quanto stabilito dal D.P.R. 128 del 1969, è pertanto responsabilità del primario (attuale direttore di struttura) la regolarità della compilazione della cartella sino alla consegna all'archivio, mentre al Direttore Sanitario ne compete la responsabilità dall'archiviazione cioè dopo la dimissione del paziente.

Nello stesso decreto vengono stabilite le responsabilità anche per la conservazione oltre all'archiviazione: tutti gli atti dell'archiviazione ivi compresa la raccolta e l'elaborazione dei dati statistici, compete sempre al Direttore Sanitario così come la gestione e vigilanza dell'archivio medesimo.

Il rilascio del materiale sanitario è autorizzato esclusivamente al paziente o delegato legalmente autorizzato, ai genitori o tutori in caso di minore di età, agli enti previdenziali, all'autorità giudiziaria ed ai difensori d'ufficio.

Un cenno a parte, sintetico, merita la cartella infermieristica, data la natura del presente manuale, ma soprattutto in funzione dell'evoluzione delle 'professioni sanitarie'. La cartella infermieristica è parte integrante della cartella clinica e pertanto, seguirà dal punto di vista giuridico quanto precedentemente esposto in senso civilistico e penalistico (valore di atto pubblico, efficacia dell'atto, falso) e sotto l'aspetto compilativo varranno le stesse regole enunciate.

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 trenta euro a cinquecentosedici euro. La pena è aggravata se il fatto è commesso da amministratori, direttori generali, sindaci o liquidatori o se è commesso da chi svolge la revisione contabile della società. Il delitto è punibile a querela della persona offesa»

La nuova riforma della Sanità - Riferimenti legislativi - D.P.R. 27 MARZO 1969, N. 128, Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 23 aprile 1969, n. 104, S.O.

IX

Capitolo

IL SEGRETO PROFESSIONALE E PRIVACY

SOMMARIO: 9.1 Definizione di segreto – 9.2 Norme Deontologiche – 9.3 Norme penali – 9.4 Tutela della privacy

9.1 Definizione di Segreto.

Il segreto in senso letterale è ciò che deve essere tenuto celato o nascosto. In senso giuridico s'intende ogni fatto che, per disposizione di legge o per decisione di una volontà giuridicamente autorizzata, è destinato a rimanere nascosto a qualsiasi persona diversa dal legittimo depositario ovvero qualunque notizia concernente determinati eventi o cose che deve essere conosciuta solo da una persona o da un ristretto gruppo d'individui autorizzati alla conoscenza (*Corte di Cassazione n. 2393 Sez. III del 10.1.67*).

9.2 Norme Deontologiche.

L'obbligo del segreto era previsto fin dal giuramento di Ippocrate e si è tramandato nel tempo fino alle attuali norme deontologiche. Nell'art. 10 del vigente Codice di Deontologia Medica (16 dicembre 2006) è precisato che il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò che gli è confidato o di cui possa apprendere nell'esercizio della professione. Non esime moralmente il medico dall'obbligo del segreto né la sua cancellazione dall'albo professionale (anche qualora eserciti abusivamente la professione), né la morte del paziente. Secondo lo stesso articolo, il medico è tenuto, inoltre, ad *"informare i suoi collaboratori dell'obbligo del segreto professionale" ed ancora "l'inosservanza del segreto medico costituisce una grave mancanza allorquando possa derivarne profitto proprio o altrui ovvero nocimento della persona assistita o di altri"*. La rivelazione del segreto è ammessa dal Codice De-

ontologico solo se motivata da una giusta causa, rappresentata dall'adempimento di un obbligo previsto dalla legge (denuncia e referto all'Autorità Giudiziaria, denunce sanitarie, notifiche di malattie infettive, certificazioni obbligatorie) (artt. 11 e 12).

Nel citato articolo 10, viene specificato che il medico *“non deve rendere al Giudice testimonianza su fatti e circostanze inerenti il segreto professionale”*. La norma deontologica, quindi, tassativamente pone il divieto assoluto di testimoniare ciò che gli è stato confidato o di cui venga a conoscenza nell'esercizio della propria professione. Occorre, infine, precisare, che anche l'infermiere è tenuto all'obbligo del segreto professionale, con riferimento, oltre che al citato art. 622 c.p., anche in base all'art. 28 del Codice Deontologico della Federazione Nazionale collegi I.P.A.V.S.I. (*“L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per l'obbligo giuridico ma per intima convinzione e come espressione concreta del rapporto di fiducia con l'assistito”*).

9.3 Norme Penali.

Il nostro Codice Penale dedica al segreto professionale specifiche disposizioni che sono contenute nell'art. 622: *“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 ad un anno o con la multa da £ sessantamila a un milione. Il delitto è punibile a querela della persona offesa (120 c.p., 336 c.p.p.)”*.

Ciascun termine presente nel citato articolo assume un preciso significato:

- con *“chiunque”* si fa riferimento, in generale, a tutti i professionisti ed, in particolare, ai medici ed a qualsiasi esercente una professione sanitaria (i laureati in medicina e chirurgia, in odontoiatria e protesi dentaria, in farmacia ed in veterinaria);

- con *“ragione del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte”* s'intende che qualsiasi persona diversa dal medico è tenuta a mantenere il segreto professionale: l'obbligo del segreto vige non solo per il medico ed i suoi collaboratori, ma anche per le persone a lui vicine (moglie, domestici, figli). È quindi dovere del medico vigilare sia sul comportamento di queste persone sia sulla conservazione dei documenti clinici affinché non si verifichi una diffusione colposa

di notizie. “*Stato*” è riferito, ad esempio, ai familiari del medico od anche agli studenti; “*ufficio*” significa il curatore, il tutore od il consulente tecnico d’ufficio; “*professione*” individua qualsivoglia attività professionale (commerciante, magistrato, impiegato et cetera ...); “*arte*” indica gli esercenti qualsiasi attività artigianale;

- “*avendo notizia*” esprime che l’informazione (non solo relativa a questioni di natura medica) può essere acquisita da qualsiasi fonte;

- “*segreto*” intende ogni tipo di notizia, sia fisica che morale, riguardante il soggetto detentore del segreto;

- “*rivela*” assume il significato di riferire un segreto sia in maniera chiara che sottintesa. Occorre precisare che diverso è il *rivelare* un segreto dal *trasmetterlo*: la trasmissione avviene di consuetudine, ad esempio, tra colleghi negli ospedali e nei poliambulatori e riguarda anche le notizie che il docente riferisce agli studenti a lezione. I soggetti resi partecipi del segreto saranno a loro volta vincolati per ragioni del proprio stato, ufficio, professione o arte.

- “*senza giusta causa*”: il Codice Penale prevede che il segreto professionale possa essere rivelato allorquando si verificano determinate circostanze nelle quali la rivelazione stessa trova una giustificazione legale o sociale. Le giuste cause legali derivano dal diritto positivo e sono costituite da norme imperative, scriminative e permissive.

Le norme imperative obbligano a rendere noto il segreto in forza di una disposizione di legge che impone al medico il dovere di informativa mediante le denunce, i referti, i rapporti, le relazioni e le certificazioni; oppure richiedono al medico di riferire su fatti riscontrati in occasione di perizie, consulenze tecniche, arbitrati o visite fiscali.

Le norme scriminative escludono la punibilità perchè eliminano l’antigiuridicità del fatto o annullano la colpevolezza dell’autore della rivelazione. Quindi, non è perseguibile penalmente il sanitario che ha reso noto il segreto con il consenso del titolare (art. 50 c.p.); quando ricorre il caso fortuito o la forza maggiore (art. 45 c.p.); quando il medico è stato costretto con la violenza (art. 46 c.p.), è caduto in errore (art. 47 c.p.), tratto in inganno (art. 48 c.p.), per uno stato di necessità (art. 54 c.p.) o per difendere la propria reputazione professionale (art. 52 c.p.).

Le norme permissive si riferiscono alla facoltà riconosciuta al medico di astenersi dal testimoniare su fatti coperti dal segreto professionale (art. 351 c.p.p.),

sia nei processi penali sia nelle cause civili. L'astenersi dalla testimonianza costituisce un diritto ma non un obbligo del sanitario, il quale è libero di decidere se rendere o non rendere la deposizione, valutandone l'opportunità secondo le circostanze e assumendone la responsabilità. L'Autorità può, a sua volta, imporre con ordinanza la deposizione del medico ma, a parte ciò, la regola deontologica espressamente richiamata nell'art. 10, è quella di non deporre mai su argomenti coperti dal segreto professionale.

Per quanto riguarda, invece, le giuste cause sociali, anche se non sussiste una norma precisa in merito, il medico che si sottrae all'obbligo del segreto spinto da pulsioni etico-sociali sarebbe giustificabile, come ad esempio nel caso di una rivelazione fatta allo scopo di salvare un terzo innocente da una condanna ingiusta.

Il nostro Codice Penale, con l'art. 326, disciplina anche la rivelazione e utilizzazione di segreti d'ufficio allorquando afferma, nell'art. 357 c.p., che il pubblico ufficiale (ove per "pubblico ufficiale" s'intende chi esercita una pubblica funzione legislativa, giurisdizionale o amministrativa) o, come enuncia l'art. 358 c.p., la persona incaricata di un pubblico servizio (colui il quale, a qualunque titolo, presta un pubblico servizio) che, violando i doveri inerenti alle funzioni o al servizio, o comunque abusando della sua qualità, rivela notizie di ufficio, le quali debbono rimanere segrete (201 c.p.p.), o ne agevola in qualsiasi modo la conoscenza (nel caso particolare dell'infermiere, si concretizza tale reato, ad esempio, qualora lo stesso non riponga diligentemente la cartella clinica e ne consenta la lettura a terzi non legittimati), è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni. Se l'agevolazione è soltanto colposa (43 c.p.), si applica la reclusione fino a un anno.

Tale obbligo grava anche sull'infermiere, qualora rivesta la qualifica di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio.

Una particolare disposizione che ribadisce in modo ancora più rigoroso l'obbligo del medico al segreto è contenuto nell'art. 21 della legge 22 maggio 1978 n. 194 sulla interruzione di gravidanza: chiunque, fuori dei casi previsti dall'art. 326 c.p., essendone venuto a conoscenza per ragioni di professione o di ufficio, rivela l'identità - o comunque divulga notizie idonee a rivelarla - di chi ha fatto ricorso alle procedure o agli interventi previsti dalla legge, è punito a norma dell'art. 622 del c.p.

Analogo obbligo incombe ai componenti dei Centri Medici e di Assistenza

Sociale, di cui all'art. 92 della legge 22 dicembre 1975, n. 685, nei confronti dei tossicodipendenti da loro assistiti.

A sua volta il Codice di Procedura Penale esonera espressamente i medici ed ogni altro esercente una professione sanitaria dall'obbligo di testimoniare.

Anche gli infermieri, che siano pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio, non possono essere obbligati a deporre in merito a quanto conosciuto per ragioni del loro ufficio.

In base all'art. 200 c.p.p., infatti, i soggetti che non possono essere obbligati a deporre su quanto hanno conosciuto, per ragione del proprio ministero, ufficio o professione, salvo i casi in cui hanno l'obbligo di riferirne all'Autorità Giudiziaria sono:

a) i ministri di confessioni religiose (art. 8 Cost.) i cui statuti non contrastino con l'ordinamento giuridico italiano;

b) gli avvocati, i procuratori legali, i consulenti tecnici ed i notai;

c) i medici ed i chirurghi, i farmacisti, le ostetriche ed ogni altro esercente una professione sanitaria;

d) gli esercenti altri uffici o professioni ai quali la legge riconosce la facoltà di astenersi dal deporre, determinata dal segreto professionale.

Ed ancora il Giudice, se ha motivo di dubitare che la dichiarazione rese da tali persone per esimersi dal deporre sia dubbia, provvede agli accertamenti necessari; se risulta infondata ordina che il testimone deponga.

La comparazione fra gli articoli del Codice Penale e gli articoli del Codice Deontologico consente, quindi, di comprendere il comportamento che il medico è obbligato ad assumere.

Sotto il profilo penalistico, per dichiarare il medico punibile, occorre che egli abbia rivelato un segreto appreso in ragione della professione, come anche per il codice deontologico, che impone di non rilevare *“su tutto ciò che gli è confidato o di cui possa apprendere nell'esercizio della professione”*: per entrambi si rende dunque necessario il rapporto tecnico che lega l'apprendimento di un fatto con l'esercizio della professione.

Secondo il Codice Penale, devono sussistere altresì le seguenti condizioni:

1. che il medico abbia rivelato il segreto senza giusta causa, ovvero a proprio o altrui profitto. La rivelazione senza giusta causa può avvenire comunicando il segreto a persona estranea senza trovare giustificazione in una norma di diritto (referto, denuncia e certificazione obbligatoria). La violazione del segreto richiede

il dolo (la colpa non è sufficiente a costituire questo delitto) che consiste nella volontà di rivelare il segreto o di impiegarlo a proprio o altrui profitto, con la consapevolezza di agire senza giusta causa.

2. che la rivelazione possa provocare un nocumento al paziente. Non occorre neanche che il nocumento si debba avverare: è sufficiente che dalla rivelazione sorga il pericolo, anche remoto, di un danno ingiusto, materiale o morale, per il titolare del segreto.

Per il Codice Deontologico la violazione del segreto sussiste indipendentemente dal proprio profitto o dall'altrui danno; tanto meno occorre che il danno provocato sia ingiusto; ogni danno che derivi al paziente dalla violazione del segreto costituisce un'aggravante ed in questo si avvicina molto a quanto previsto dal Codice Penale per la rivelazione di un segreto d'ufficio da parte di un pubblico ufficiale o di persona incaricata di un pubblico servizio.

Per quanto riguarda, in particolare, la figura dell'infermiere pubblico dipendente, occorre precisare che questi è tenuto all'obbligo del "segreto di ufficio" in base a quanto regolamentato dall'art. 15 del D.P.R. del 10 gennaio 1957, n. 3, come sostituito dall'art. 28 della legge 7 agosto 1990 n. 241 (*"L'impiegato deve mantenere il segreto di ufficio. Non può trasmettere a chi non ne abbia diritto informazioni riguardanti provvedimenti od operazioni amministrative, in corso o concluse, ovvero notizie di cui sia venuto a conoscenza a causa delle sue funzioni, al di fuori delle ipotesi e delle modalità previste dalle norme sul diritto di accesso"*).

9.4 Tutela Della Privacy

L'8 maggio 1997 è entrata in vigore la legge n. 675 del 31 dicembre 1996, *"Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"*, più nota come "legge sulla Privacy".

La legge n. 675/1996 è stata introdotta per rispettare gli Accordi di Schengen e per dare attuazione alla direttiva 46/95/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio Europeo relativa alla Tutela dei Dati Personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.

Successivamente, poiché nel tempo si sono avvicinate diverse ed ulteriori leggi integrative, concernenti singoli specifici aspetti del trattamento dei dati, che hanno contribuito a ingenerare notevole confusione, è stato necessario disporre l'emanazione di un Testo Unico, il Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196,

che ha abrogato la L. n. 675/1996, riorganizzando la normativa.

La norma vigente deve essere quindi desunta dal Dlgs. n. 196/2003 titolato “*Codice in materia di protezione dei dati personali*”, entrato in vigore il 1 gennaio 2004.

Le finalità del Dlgs. 196/03 consistono nel riconoscimento del diritto del singolo sui propri dati personali e, conseguentemente, nella disciplina delle diverse operazioni di gestione (definite tecnicamente dall’art. 4 “*trattamento*”) dei dati, riguardanti la raccolta, l’elaborazione, il raffronto, la cancellazione, la modificazione, la comunicazione o la diffusione degli stessi.

Lo scopo della legge non è quello di impedire il trattamento dei dati, ma di evitare che questo avvenga contro la volontà dell’avente diritto, ovvero secondo modalità pregiudizievoli. Infatti, definisce i diritti degli interessati, la modalità di raccolta ed i requisiti dei dati, gli obblighi di chi raccoglie, detiene o tratta dati personali e le responsabilità e sanzioni in caso di danni.

Il diritto assoluto di ciascuno sui propri dati è esplicitamente riconosciuto dall’art. 1 del Testo Unico, in cui si afferma: “*Chiunque ha diritto alla protezione dei dati personali che lo riguardano*”. Tale diritto appartiene alla categoria dei diritti della personalità.

Il diritto sui propri dati è differente dal diritto alla riservatezza, in quanto non riguarda solamente informazioni inerenti la propria vita privata, ma si estende, in generale, a qualunque informazione relativa ad un soggetto, anche se non coperta da riserbo (ad esempio, vengono definiti dati personali il nome o l’indirizzo della propria abitazione).

Il soggetto cui si riferiscono i dati ha il diritto di accesso alle informazioni che lo riguardino e da altri trattenute. Tale diritto gli è riconosciuto dall’art. 7 del Dlgs. 196/03 e comprende la facoltà di conoscere: quali dati vengono trattati, come e con quali fini avviene il trattamento, l’autore del trattamento nonché i soggetti a cui detti dati possono essere comunicati.

In ragione del diritto d’accesso l’interessato può poi chiedere che i dati da altri detenuti corrispondano al vero, pretendendone l’aggiornamento o la cancellazione, a seconda dei casi. Infatti, se i dati sono trattati in maniera difforme dalla legge, l’interessato può chiedere la cancellazione degli stessi ed il blocco del trattamento.

L’interessato ha il diritto ad essere informato (art. 13) sulle modalità e finalità del trattamento, sull’obbligatorietà o meno del conferimento dei dati e sulle con-

sequenze di un eventuale rifiuto di rispondere su informazioni per identificare il responsabile dei trattamenti (nome e domicilio del titolare), e quale sarà l'ambito della diffusione dei dati; l'informazione può essere sia verbale che scritta (informativa).

Cardine della legge sulla Privacy è il requisito del consenso (art. 23) che deve essere esplicito, documentato per iscritto in forma specifica e prestato liberamente; può inoltre riguardare l'intero trattamento o soltanto una parte di esso.

Un particolare trattamento è attribuito ai dati cosiddetti "sensibili" (art. 20), ovvero quei dati personali idonei a rivelare:

- l'origine razziale ed etnica;
- le convinzioni religiose, filosofiche, politiche o sindacali;
- l'iscrizione ad associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale;
- dati personali relativi allo stato di salute e alla vita sessuale.

Chi sia lesa nei diritti sui propri dati riconosciuti dal Dlgs. 196/03 (raccolta dei dati senza il consenso, consenso acquisito senza fornire la preventiva informativa di legge, trattamento dei dati oltre i limiti del consenso dato, negazione o limitazione al diritto di accesso) può ricorrere al Garante per la protezione dei dati personali (con una procedura piuttosto rapida e costi contenuti) od al Giudice civile (con costi e tempi maggiori). Se, invece, a seguito del trattamento dei dati non conforme alla legge si è subito un danno (non necessariamente economico, dunque anche consistente nel disagio arrecato dal fatto), il risarcimento può essere concesso solamente dal Giudice civile.

A vigilare sulla corretta applicazione della legge è stato istituito, per l'appunto, un apparato denominato Garante, che gode di ampi poteri di cura e tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali. Le funzioni del Garante sono quelle di istituire e tenere il registro delle banche dati, di controllare che i trattamenti siano effettuati secondo la legge, di autorizzare o vietare alcuni tipi di trattamenti e di ricevere le segnalazioni ed i reclami degli interessati. I soggetti che vogliono creare delle banche dati hanno l'obbligo di notificare al Garante tale intenzione, ed il Garante ha il compito di verificare la correttezza formale e sostanziale della richiesta, nonché di concedere o negare la creazione della banca dati; in caso di risposta affermativa la nuova banca dati viene inserita in un registro generale delle banche dati, accessibile a tutti coloro che desiderano conoscere l'esistenza di trattamenti dei dati loro riferiti.

X

Capitolo

LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

SOMMARIO: 10.1 Nozione di responsabilità – 10.2 Responsabilità civile – 10.3 Responsabilità penale – 10.4 Responsabilità disciplinare

10.1 Nozione di responsabilità

Prima di affrontare il tema della responsabilità professionale è necessario preliminarmente focalizzare l'attenzione sul concetto stesso di responsabilità, da intendersi quale coscienza e consapevolezza, insita in ogni individuo, delle conseguenze positive o negative delle azioni poste in essere. Nello svolgimento di qualsiasi attività si è infatti responsabili delle scelte fatte, dei comportamenti adottati e della mancata realizzazione delle condotte omesse.

In ambito professionale, in particolar modo, l'individuo risponde quindi delle attività poste in essere nell'esercizio della propria professione e tale considerazione preliminare vale sia per l'avvocato, per l'architetto, per l'idraulico, per il geometra e così per il medico e per gli esercenti le professioni sanitarie. Negli ultimi anni però, l'attenzione su queste ultime due categorie si è fortemente accentuata in ragione altresì dei beni e degli interessi in giuoco: quali il diritto alla salute e alla vita stessa di colui che si rivolge al professionista sanitario. Se prima quindi, in ragione della medicina non come scienza certa, si assisteva ad un giudizio di insindacabilità dell'operato dei professionisti sanitari, oggi invece questi son chiamati a rispondere del proprio agire, qualora la loro condotta si sia discostata dalle regole e dai principi dell'*ars medica*, comportando conseguenze pregiudizievoli per il paziente. Tale difformità concretizza l'errore che è fonte stessa di responsabilità che, come si vedrà, rileva sia in sede civile che penale, che disciplinare. Naturalmente deve comunque trattarsi di un errore non scusabile e questo deve aver cagionato un danno al paziente, altrimenti non sussiste alcuna

responsabilità. L'errore non è scusabile quando il professionista medio, preso come un ipotetico agente modello, nelle medesime condizioni (*homo eiusdem conditionis ac professionis*), non sarebbe incorso nel medesimo errore fonte di responsabilità, responsabilità che si traduce poi in un vincolo che lega il danneggiante al danneggiato. La teoria della scusabilità dell'errore è molto importante in medicina poiché, effettivamente, l'attività sanitaria è connaturata dal rischio, che spesso aumenta in ragione delle difficoltà, attinenti all'incertezza che caratterizza la scienza medica, le problematiche che si riscontrano nella diagnosi o nella cura di una patologia dall'evoluzione incerta e quasi mai standardizzata. L'errore dunque, quando si verifica, perché sia fonte di responsabilità deve ricadere al di fuori della cosiddetta area del rischio consentito, vale a dire, in un'analisi *ex post*, la condotta del medico o del professionista sanitario deve risultare difforme dalla condotta che altro sanitario con la medesima professionalità, secondo la scienza medica, avrebbe tenuto nelle stessa circostanza.

L'errore può quindi essere tecnico, di diagnosi o di cura, può riguardare l'inesatta esecuzione di un'attività, l'errata valutazione dei sintomi o un'inadeguata se non dannosa prescrizione della terapia e della somministrazione della stessa. Solo però, si torna a ripetere, quando si arreca un danno, il sanitario è chiamato a rispondere. Prima di analizzare le singole forme di responsabilità alcune considerazioni sono d'obbligo in ordine al nesso di causalità. Tra la condotta del sanitario che sostanzia l'errore e il danno cagionato al paziente deve intercorrere la stessa correlazione logico-necessaria che si rileva nel binomio causa-effetto, ovvero tra i due fenomeni deve necessariamente intercorrere quel nesso per cui l'uno è causa dell'altro, nel senso che l'antecedente è stato da solo necessario e sufficiente a produrre l'effetto. Il fenomeno susseguente non si sarebbe verificato se non vi fosse stato l'antecedente causale. A specificare e regolamentare il rapporto causale soccorre l'art. 40 del codice penale «Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende la esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione. Non impedire un evento che sia ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo».

Nel successivo art. 41 c.p. inoltre viene dissipato qualsiasi dubbio sulla valutazione dell'imputazione oggettiva del fatto qualora ricorrano più cause. Si precisa infatti che «Il concorso di cause preesistenti o simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall'azione od omissione del colpevole, non esclude il rap-

porto di causalità fra l'azione od omissione e l'evento. Le cause sopravvenute escludono il rapporto di causalità quando sono state da sole sufficienti a determinare l'evento. In tal caso, se l'azione od omissione precedentemente commessa costituisce per sé un reato, si applica la pena per questo stabilita. Le disposizioni precedenti si applicano anche quando la causa preesistente o simultanea o sopravvenuta consiste nel fatto illecito altrui». Solo quindi le cause sopravvenute interrompono il nesso di causalità, purché siano da sole idonee a cagionare l'evento. L'infermiere Tizio somministra al paziente Caio una terapia sbagliata poiché eccede nella posologia tanto da poterne provocare la morte nell'arco delle dodici ore successive, poco dopo la somministrazione giunge l'infermiere Sempronio nella stanza di Caio e gli inietta erroneamente un antidolorifico preparato per altro paziente, Caio allergico a tale antidolorifico ha uno shock anafilattico e muore. La condotta erronea di Sempronio assurge così a causa sopravvenuta che ha escluso ed interrotto il nesso di causalità intercorrente tra la condotta erronea di Tizio e la morte di Caio che si è quindi verificata a causa della somministrazione del farmaco ad opera di Sempronio, quale causa sufficiente a cagionarne la morte.

Analizzato quindi il concetto di responsabilità, è necessario valutare ed approfondire come un medesimo fatto (la somministrazione mortale del farmaco da parte di Sempronio dell'esempio precedente) rilevi sia ambito civile, sia penale che disciplinare, ovverosia sia fonte di responsabilità civile, penale e disciplinare.

10.2 Responsabilità civile

La responsabilità civile in ambito professionale medico concerne i rapporti intercorrenti tra il professionista sanitario ed il paziente e può assumere le forme della responsabilità contrattuale ed extracontrattuale.

La prima ha quale presupposto un contratto con cui il medico e/o il professionista sanitario si impegnano ad eseguire una determinata prestazione richiesta dal paziente dietro il pagamento di un corrispettivo, basti pensare allo specialista privato o all'infermiere che presta assistenza domiciliare. Si definisce contrattuale poiché, come visto, tra le parti - il professionista da un lato e il paziente dall'altro - vi è un contratto, ovverosia secondo la definizione racchiusa nell'art. 1321 c.c.: « il contratto è l'accordo di due o più parti per costituire, regolare o estinguere

tra loro un rapporto giuridico patrimoniale». Si assiste così ad un sinallagma o nesso di reciprocità intercorrente tra la prestazione del sanitario e la controprestazione del paziente. Ogni parte del contratto è tenuta così ad eseguire la propria obbligazione, il medico per esempio deve eseguire quel determinato intervento, il paziente deve corrispondere la somma pattuita per lo stesso. Il medico sarà quindi debitore della propria prestazione nei confronti del paziente e, al tempo stesso creditore della somma di danaro dovutagli quale compenso dal paziente e, per il nesso di reciprocità, a sua volta il paziente sarà debitore nei confronti del medico della suddetta somma ma altresì creditore della prestazione richiesta. Ora, il debitore è tenuto per legge ad eseguire la prestazione con diligenza, secondo quanto stabilito dall'art. 1176 c.c., ove al comma due, in particolare, si afferma che qualora l'obbligazione inerisca un'attività professionale la diligenza deve valutarsi in ordine alla natura dell'attività esercitata, si parla infatti di diligenza del buon professionista, il professionista medio, l'agente modello prima accennato. Se quindi il debitore non esegue esattamente la prestazione dovuta, è tenuto a risarcire il danno cagionato al creditore, a meno che non provi che l'inadempimento o il ritardo sia stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile (art. 1218 c.c.). Inquadrate in tale schema si ha che, nel rapporto contrattuale, qualora si verifichi l'errore nell'operato del medico che quindi concretizza un inesatto adempimento della prestazione è il medico stesso a dover dimostrare di aver fatto tutto il possibile, di aver eseguito la prestazione con la diligenza del professionista medio, del buon professionista, al fine di andare esente da responsabilità. Il paziente dovrà quindi provare solo il contratto e il danno, mentre spetterà al medico/professionista sanitario provare di non essere incorso nell'errore, l'onere della prova grava su quest'ultimo (cosiddetta inversione dell'onere della prova), tanto che se non vi riesce sarà condannato a risarcire il danno subito dal paziente. La prescrizione dell'azione di risarcimento è inoltre decennale, diversamente da quanto si vedrà in ambito di responsabilità extracontrattuale. L'obbligazione della prestazione sanitaria è in via generale un'obbligazione di mezzi, ovverosia il professionista è tenuto a fornire, *rectius* ad eseguire, al meglio la prestazione richiesta con la diligenza del buon professionista senza però garantirne il risultato. Oggetto dell'obbligazione è difatti solo la diligente prestazione del professionista a nulla rilevando il raggiungimento del risultato sperato o voluto dal paziente/cliente; diversamente da quanto avviene per le obbligazioni di risultato ove oggetto della prestazione

è il risultato stesso voluto dalle parti. Nel primo caso, quindi, il debitore della prestazione è adempiente quando svolge la prestazione richiesta con la diligenza prevista ex art. 1176 c.c., mentre nel secondo, solo se realizza il risultato, avrà adempiuto alla propria obbligazione. Preme sottolineare però che, ormai, costante giurisprudenza ritiene che per gli interventi di routine, essendo questi di facile esecuzione, datane la ripetitività, si possa parlare in questo caso, in realtà, di obbligazioni di risultato e non più di mezzi, poiché, eseguendoli con la dovuta diligenza richiesta propria del professionista medio, l'esattezza della prestazione porta al risultato.

Solo quindi quando la prestazione richieda la risoluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà ex art. 2236 c.c. allora il professionista risponderà del danno in caso di dolo o colpa grave.

La responsabilità si definisce, invece, extracontrattuale quando non intercorre alcun rapporto, *rectius* alcun contratto, tra il soggetto danneggiante e il soggetto danneggiato.

Tale responsabilità, definita anche responsabilità aquiliana, è prevista dall'art. 2043 c.c. che così recita: «Qualunque fatto doloso o colposo che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno». Differentemente dalla responsabilità contrattuale, la responsabilità aquiliana sorge non per la violazione di un dovere specifico (l'adempimento dell'obbligazione assunta) ma per l'inosservanza di un dovere generico racchiuso nel c.d. "*neminem laedere*". Tizia entra in un negozio di oggetti di cristallo e con la propria borsa urta alcuni di questi tanto da farli cadere a terra in mille pezzi, Tizia sarà così tenuta a risarcire il danno cagionato al proprietario del negozio.

Analizzando la norma si hanno quindi, quali elementi rilevanti della suddetta responsabilità: il fatto illecito e il danno ingiusto, tra questi due elementi deve però necessariamente intercorrere quel nesso di causalità sopra ricordato.

La responsabilità extracontrattuale presenta quindi profili diversi rispetto a quella contrattuale soprattutto per quanto concerne l'onere della prova; è il danneggiato a dover provare tutti i succitati elementi della responsabilità e, quindi, anche il dolo o la colpa del danneggiante, inoltre il diritto al risarcimento si prescrive in cinque anni.

Nell'ambito della responsabilità professionale si possono profilare entrambe le responsabilità e più precisamente: per il medico e il professionista sanitario che opera privatamente, il rapporto con il paziente è inquadrato nello schema

contrattuale per cui la responsabilità sarà di tipo contrattuale. Discorso diverso deve essere fatto invece per l'esercente la professione sanitaria che opera all'interno di una struttura sanitaria (ospedali o cliniche private), in questo caso vi sono due rapporti: quello tra paziente e struttura sanitaria e quello tra paziente e medici/professionisti sanitari. Il primo rientra nello schema contrattuale, sorge infatti tra le suddette parti un contratto c.d. di speditività, per cui la responsabilità sarà di tipo contrattuale con tutte le caratteristiche precedentemente ricordate. Nell'analisi del secondo rapporto occorre precisare che, prima di importanti pronunce giurisprudenziali, si riteneva che vi fosse una responsabilità di tipo extracontrattuale nel rapporto paziente - medico, poiché quest'ultimo rimaneva estraneo al rapporto contrattuale intercorrente tra paziente-struttura; d'altra parte il paziente veniva a contatto con il medico/professionista sanitario di turno, messo a disposizione dalla struttura per adempiere alla propria obbligazione e non era quindi scelto dal paziente come nel caso di un libero professionista. La giurisprudenza ha però chiarito che, in virtù proprio di questo contatto, il medico/professionista sanitario deve tenere una condotta che, conforme alle leggi dettate dall'ars medica, tuteli i diritti degli individui che ha in cura. Si profila così un rapporto che scaturisce proprio dal contatto sociale tra paziente e medico/professionista sanitario per cui la responsabilità definita appunto da contatto sociale avrà caratteristiche simili e medesima disciplina di quella contrattuale.

Or dunque, si è visto che sia la responsabilità contrattuale che quella extracontrattuale comportino il risarcimento del danno. Ma quali danni sono risarcibili?

Si hanno diverse categorie di danno, in primis si distingue tra danno patrimoniale e danno non patrimoniale. Il primo ex art. 1223 c.c. incide sul patrimonio del soggetto danneggiato e rileva sia come perdita subita (danno emergente) sia come mancato guadagno (lucro cessante).

Il danno non patrimoniale invece non incide sul patrimonio del soggetto ma viene riconosciuto a seguito della lesione di diritti fondamentali dell'individuo e nei determinati casi previsti dalla legge ex art. 2059 c.c., ne fanno parte il danno biologico quale lesione dell'integrità psico-fisica medicalmente accertabile, il danno morale quale lesione della dignità umana, definito anche *pretium doloris* o *pecunia doloris* ed infine il danno esistenziale quale, secondo la Suprema Corte «... pregiudizio - di natura non meramente emotiva ed interiore, ma oggettiva-

mente accertabile - provocato sul fare areddituale del soggetto, che alteri le sue abitudini e gli assetti relazionali propri, inducendolo a scelte di vita diverse quanto all'espressione e realizzazione della sua personalità nel mondo esterno...»¹.

10.3 Responsabilità penale

Avendo già spiegato nel capitolo V cosa si intenda e quando sorga la responsabilità penale in ordine ad una determinata condotta, in questa sede si analizzeranno quali possono essere i principali reati commessi dai sanitari nell'esercizio erroneo della propria professione.

Occorre precisare e ricordare difatti che «...Gli operatori sanitari, di una struttura sanitaria sono tutti, "ex lege", portatori di una posizione di garanzia nei confronti dei loro pazienti affidati, a diversi livelli, alle loro cure e attenzioni e, in particolare sono portatori della posizione di garanzia, che va sotto il nome di posizione di protezione, la quale, come è noto è contrassegnata dal dovere giuridico, incombente al soggetto, di provvedere alla tutela di un certo bene giuridico, contro qualsivoglia pericolo, atto a minacciarne l'integrità...»²

In primo luogo, quindi, l'omicidio colposo ex art. 589 c.p.: «Chiunque cagiona per colpa la morte di una persona è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni. Se il fatto è commesso con violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale o di quelle per la prevenzione degli infortuni sul lavoro la pena è della reclusione da uno a cinque anni. Nel caso di morte di più persone, ovvero di morte di una o più persone e di lesioni di una o più persone, si applica la pena che dovrebbe infliggersi per la più grave delle violazioni commesse aumentata fino al triplo, ma la pena non può superare gli anni dodici».

Viene punita la condotta di chi cagiona la morte di un altro individuo per colpa, che come già ampiamente spiegato si sostanzia nell'aver provocato l'evento per negligenza, imprudenza, imperizia (colpa generica) o per aver inosservato leggi, regolamenti, ordini e discipline (colpa specifica).

Si ricorda infine il reato di lesioni personali colpose ex art. 590 c.p.: «Chiunque cagiona ad altri per colpa una lesione personale è punito con la reclusione

¹ Cassazione, Sez. Un., sentenza n. 6572 del 24 marzo 2006.

² Cassazione 447 del 2000

fino a tre mesi o con la multa fino a euro 309. Se la lesione è grave la pena è della reclusione da uno a sei mesi o della multa da euro 123 a euro 619, se è gravissima, della reclusione da tre mesi a due anni o della multa da euro 309 a euro 1.239. Se i fatti di cui al secondo comma sono commessi con violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale o di quelle per la prevenzione degli infortuni sul lavoro la pena per le lesioni gravi è della reclusione da tre mesi a un anno o della multa da euro 500 a euro 2.000 e la pena per le lesioni gravissime è della reclusione da uno a tre anni. Nei casi di violazione delle norme sulla circolazione stradale, se il fatto è commesso da soggetto in stato di ebbrezza alcolica ai sensi dell'articolo 186, comma 2, lettera c), del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e successive modificazioni, ovvero da soggetto sotto l'effetto di sostanze stupefacenti o psicotrope, la pena per le lesioni gravi è della reclusione da sei mesi a due anni e la pena per le lesioni gravissime è della reclusione da un anno e sei mesi a quattro anni. Nel caso di lesioni di più persone si applica la pena che dovrebbe infliggersi per la più grave delle violazioni commesse, aumentata fino al triplo; ma la pena della reclusione non può superare gli anni cinque. Il delitto è punibile a querela della persona offesa, salvo nei casi previsti nel primo e secondo capoverso, limitatamente ai fatti commessi con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative all'igiene del lavoro o che abbiano determinato una malattia professionale».

Preme rilevare che, come già accennato in precedenza, tra la condotta, sia essa omissiva che commissiva, e l'evento deve necessariamente intercorrere il nesso di causalità e nello specifico soprattutto in tema di condotta omissiva una ormai storica sentenza della Suprema Corte del 2002 (c.d. Sentenza Franzese) ha chiarito: «In tema di reato colposo omissivo improprio, con particolare riguardo alla materia della responsabilità professionale del medico chirurgo, il nesso causale può essere ravvisato quando, alla stregua del giudizio controfattuale condotto sulla base di una generalizzata regola di esperienza o di una legge scientifica - universale o statistica, si accerti che, ipotizzandosi come realizzata dal medico la condotta doverosa impeditiva dell'evento hic et nunc, questo non si sarebbe verificato, ovvero si sarebbe verificato ma in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva. Non è consentito dedurre automaticamente dal coefficiente di probabilità espresso dalla legge statistica la conferma, o meno, dell'ipotesi accusatoria sull'esistenza del nesso causale, poiché il giudice deve verificarne la validità nel caso concreto, sulla base delle circostanze del fatto e

dell'evidenza disponibile, così che, all'esito del ragionamento probatorio che abbia altresì escluso l'interferenza di fattori alternativi, risulti giustificata e processualmente certa la conclusione che la condotta omissiva del medico è stata condizione necessaria dell'evento lesivo con 'alto o elevato grado di credibilità razionale' o 'probabilità logica'. L'insufficienza, la contraddittorietà e l'incertezza del riscontro probatorio sulla ricostruzione del nesso causale, quindi il ragionevole dubbio, in base all'evidenza disponibile, sulla reale efficacia condizionante della condotta omissiva del medico rispetto ad altri fattori interagenti nella produzione dell'evento lesivo, comportano la neutralizzazione dell'ipotesi prospettata dall'accusa e l'esito assolutorio del giudizio...».

10.4 Responsabilità disciplinare

La condotta del medico oltre a rilevare sotto il profilo civile e penale può essere anche fonte di responsabilità disciplinare, qualora violi le norme del Codice Deontologico poste a tutela del rispetto dei precetti dell'etica professionale. Ove si dovesse verificare tale violazione il sanitario sarà sottoposto a procedimento disciplinare dal proprio Ordine di appartenenza. Gli Ordini sono Enti di diritto pubblico a cui lo Stato demanda il controllo e la tutela della professionalità di una specifica categoria: Ordine degli Ingegneri, degli Architetti, degli Avvocati, dei Medici *et cetera*, i quali sono istituzioni di autogoverno e adottano un proprio codice deontologico.

Qualora la condotta del sanitario configuri la violazione di una norma del predetto codice si avrà responsabilità disciplinare accertata a seguito di un procedimento disciplinare che, avviato tramite un esposto, dopo una serie di fasi si concluderà con delle sanzioni di gravità diversa in ragione della minore o maggiore gravità della violazione commessa.

Il procedimento disciplinare per i sanitari è regolato dal D.P.R. 221/50 e per quanto concerne le sanzioni si avrà: l'avvertimento, la censura, la sospensione e la radiazione.

L'avvertimento è la sanzione più lieve e consiste in un ammonimento al professionista di non commettere più lo stesso errore o di non tenere più quella determinata condotta che ha sostanziato la violazione della norma deontologica. La censura è invece una dichiarazione di biasimo per la mancanza commessa ma a differenza dell'avvertimento è una dichiarazione formale.

La sospensione, invece, comporta appunto l'impossibilità momentanea di poter esercitare la professione per un periodo che va da un minimo ad un massimo ed infine la radiazione che, come sanzione più grave per condotte che abbiano offeso il decoro e la dignità della classe professionale di appartenenza, comporta la cancellazione del professionista dal proprio albo e l'impossibilità ad esercitare senza incorre nel reato di esercizio abusivo della professione ex art.348 c.p.

XI

Capitolo

IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

SOMMARIO: 11.1 Definizione di SSN – 11.2 La Storia – 11.3 L'organizzazione del SSN – 11.4 Struttura organizzativa dell'Azienda Sanitaria Locale – 11.5 Struttura Organizzativa Dell'azienda Ospedaliera

11.1 Definizione di SSN

Il Servizio sanitario nazionale (SSN) è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica della popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio (art. 1, L. 833/1978), conformemente con quanto stabilito nell'art. 32 della Costituzione e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Nella Costituzione, infatti, è esplicitamente enunciato che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, garantendo cure gratuite agli indigenti; mentre, l'OMS (1948), definisce lo stato di salute come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto come l'assenza di malattia.

Il Servizio sanitario nazionale italiano è un sistema pubblico di carattere universalistico e solidaristico, che garantisce un accesso ai servizi nel rispetto dei principi della dignità della persona, dei bisogni di salute, di equità, qualità, appropriatezza delle cure ed economicità nell'impiego delle risorse. I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate. Tutte le strutture che operano nell'ambito del SSN o per conto del SSN devono possedere specifici requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi come individuati dal DPR 14 gennaio 1997.

11.2 La Storia

Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) è il risultato dei cambiamenti occorsi nella nostra società e nelle altre realtà europee che in molti casi hanno anticipato le nostre soluzioni in materia di sanità pubblica.

In sintesi, l'evoluzione è stata: carità o assistenza tipica del sistema liberista > diritto alle cure (sistema assicurativo) > diritto alla salute (Sistema sanitario nazionale)

L'impegno collettivo a ridurre la frequenza delle malattie e la mortalità si è sviluppato, con gli anni, in diverse organizzazioni statali. I responsabili della cosa Pubblica, utilizzando le conoscenze scientifiche del loro tempo, tentarono di creare una rete di strutture amministrative e di servizi al fine di proteggere la salute della comunità.

Le grandi scoperte batteriologiche e la creazione di ospedali, nel secolo scorso, sono stati due elementi di grande rilievo che diedero una spinta sostanziale verso la creazione del SSN.

In Italia, fu Napoleone ad istituire un primo sistema di sanità pubblica centralizzato dove l'unità di base era rappresentato dalla prefettura; di importante rilievo in quei tempi fu l'obbligo della vaccinazione antivaiolosa.

Alla fine dell'800 (negli anni '30 - '40), allorquando in Italia esistevano già le basi di alcune organizzazioni sindacali, nascono le Mutue volontarie, che poi diventano obbligatorie; mentre, tra il 1851 e il 1926, vennero stipulate ben 13 convenzioni sanitarie internazionali.

Dopo la II guerra mondiale, la nuova Costituzione della Repubblica Italiana sancisce esplicitamente "il diritto alla salute" per tutti i cittadini.

In applicazione del dettato costituzionale nasce poi il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nel 1978 con la legge 833.

Tale legge sancisce che l'attuazione del SSN compete allo stato, alle regioni ed agli enti territoriali locali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Vengono indicati tre livelli di competenza: quello nazionale per la pianificazione, quello regionale che, su delega dello stato, esercita funzioni legislative e di amministrazione in materia di assistenza sanitaria ed i comuni, che esercitano le loro funzioni attraverso le Unità socio-sanitarie locali (USL) le quali, a loro volta, si dividono in distretti (strutture tecnico funzionali per l'erogazione dei servizi).

Il significato di distretto viene meglio precisato dal Piano Sanitario Nazionale (PSN) del triennio 1980-82, definito come il livello ottimo per l'integrazione

as

funzionale delle attività destinate agli interventi di base e come sede propria della partecipazione degli utenti e degli operatori alla gestione sociale ed alla verifica democratica del funzionamento dei servizi.

Successivamente, sono state introdotte importanti modifiche con la legge 502 del 1992 e con la legge 517 del 1993 nel tentativo di contenere i costi giunti ormai a livelli insostenibili.

Di seguito viene riportata l'exkursus storico delle principali leggi sanitarie italiane e le principali innovazioni da esse apportate:

- legge 22.12.1888 n. 5849 (“Tutela dell’Igiene e della Sanità Pubblica”, nota come legge “Crispi-Pagliani”);
- “Testo unico delle leggi sanitarie” del 1907 (Regio Decreto Numero 636/1907) e del 1934 (Regio Decreto Numero 1265/1934). Tali norme riguardavano: l’esercizio delle professioni e delle arti sanitarie; l’igiene del suolo e dell’abitato; la tutela igienica dell’acqua potabile, degli alimenti, delle bevande, degli oggetti ad uso personale; la lotta contro le malattie infettive e sociali; la polizia mortuaria; la Direzione Generale della Sanità Pubblica; il Consiglio Superiore di Sanità Pubblica; l’Istituto di Sanità Pubblica; gli Uffici Sanitari Provinciali (Ufficio del medico Provinciale ed Ufficio del Veterinario Provinciale); il Consiglio Provinciale di Sanità; il Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi;
- legge 296/58 (istituzione del Ministero della sanità);
- legge 132/68 (Riforma ospedaliera);
- legge 349/77 (messa in liquidazione degli Enti Mutualistici);
- legge 833/78 (Riforma sanitaria - istituzione del Servizio sanitario nazionale).

Le principali innovazioni apportate dalla su citata legge sono state:

- a) unificazione dei numerosi enti dell’epoca pre-riforma;
- b) priorità accordata alla prevenzione;
- c) creazione del Distretto sanitario di base e delle Unità sanitarie locali (USL);
- d) soppressione degli Enti ospedalieri;
- e) rispetto del principio di uguaglianza;

- f) decentramento dei poteri decisionali dal livello centrale al livello regionale;
 - g) gestione della USL affidata ad organi elettivi con rappresentanza delle minoranze;
 - h) razionalizzazione della spesa sanitaria;
 - i) recupero dell'efficienza nei servizi;
 - j) estensione di una rete di controlli economico-finanziari a vari livelli del SSN;
- D.Lgs 502/92 "Riordino della disciplina in materia sanitaria" (2^a Riforma sanitaria). Ecco in sintesi le principali innovazioni apportate da tale decreto legislativo:
- a) istituzione delle Aziende USL e delle Aziende ospedaliere (AO);
 - b) coadiuvazione del Direttore generale con il Direttore sanitario ed il Direttore amministrativo;
 - c) Assistenti e Aiuti e Dirigenti di I livello;
 - d) Dirigenti di II livello con nomine per 5 anni;
 - e) accreditamento e pagamento per prestazione (DRG);
 - f) specializzazione obbligatoria.
 - g) D.Lgs 229/99 (3^a Riforma sanitaria). I punti centrali di tale riforma sono: il Riordino del SSN; il riordino della Medicina Penitenziaria; la ridefinizione dei rapporti tra il SSN e l'Università; il Testo unico delle leggi e degli atti aventi forza di legge relativi all'organizzazione ed al funzionamento del SSN; il Piano Sanitario Nazionale (PSN); la garanzia di livelli essenziali ed uniformi di assistenza (*evidence based medicine*); la regionalizzazione del SSN (Federalismo); maggior potere ai comuni in materia sanitaria; l'aziendalizzazione delle strutture sanitarie (USL ed Ospedali); l'organizzazione di tipo dipartimentale; il Dipartimento di prevenzione; il Distretto Sanitario di base; la ridefinizione dei requisiti dei Direttori Generali; il Ruolo unico della Dirigenza medica (Organizzazione per Strutture Complesse); l'esclusività del rapporto di lavoro; l'abbassamento dell'età pensionabile per i medici del SSN (65 anni, elevabile a 67 anni); la cessazione anticipata delle mansioni assistenziali del personale medico universitario, che può proseguire l'attività didattica; la riconduzione della Ricerca scientifica agli obiettivi del PSN; la razio-

nalità e l'economicità degli interventi in materia di formazione ed aggiornamento del personale sanitario (ECM).

11.3 L'organizzazione del SSN

Il SSN è organizzato in base al “principio di sussidiarietà” costituzionale, articolato secondo diversi livelli di responsabilità e di governo:

1) livello centrale: lo Stato ha la responsabilità di assicurare a tutti i cittadini il diritto alla salute mediante un forte sistema di garanzie, attraverso i Livelli Essenziali di Assistenza

2) livello regionale: le Regioni hanno la responsabilità diretta della realizzazione del governo e della spesa per il raggiungimento degli obiettivi di salute del Paese. Le Regioni hanno competenza esclusiva nella regolamentazione ed organizzazione di servizi e di attività destinate alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle Aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere (anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie nel rispetto dei principi generali fissati dalle leggi dello Stato).

Il Servizio Sanitario Nazionale è composto da enti ed organi di diverso livello istituzionale, che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini. Ne fanno parte:

a. il Ministero della Salute (Ministero della sanità fino all'agosto 2001). È l'organo centrale del SSN preposto alla funzione di indirizzo e programmazione in materia sanitaria, alla definizione degli obiettivi da raggiungere per il miglioramento dello stato di salute della popolazione e alla determinazione dei livelli di assistenza da assicurare a tutti i cittadini in condizioni di uniformità sull'intero territorio nazionale. E' strutturalmente organizzato in 2 Dipartimenti (Ordinamento sanitario - Tutela della salute umana e sanità veterinaria) che a loro volta sono articolati in Direzioni generali.

b. Enti ed organi di livello nazionale

- ✓ CSS - Consiglio Superiore di Sanità
- ✓ ISS - Istituto Superiore di Sanità
- ✓ ISPESL - Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza del Lavoro
- ✓ ASSR - Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali
- ✓ IRCCS - Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

- ✓ IIZZSS - Istituti Zooprofilattici Sperimentali
- ✓ AIFA - Agenzia italiana del farmaco

c. Enti ed organi territoriali

- Regioni e Province autonome
- Aziende Sanitarie Locali
- Aziende Ospedaliere

La gestione dell'attuale SSN si basa su alcuni importanti presupposti:

1) previsione di livelli di assistenza da assicurare ai cittadini, vincolati agli obiettivi della programmazione ed al finanziamento posti dal PSN che, con durata di tre anni, viene predisposto dal Governo dopo aver consultato le commissioni parlamentari in materia. La sua funzione fondamentale è la definizione ex novo dei livelli di assistenza sanitaria articolati in 1): assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro (tutela igienico-sanitaria dell'ambiente di vita e di lavoro, sanità pubblica veterinaria); 2) assistenza sanitaria di base (assistenza territoriale e domiciliare a pazienti non deambulanti ed anziani); 3) assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale (assistenza ai tossicodipendenti, assistenza psichiatrica territoriale, riabilitativa); 4) assistenza ospedaliera (ricovero di urgenza e di emergenza, ospedalizzazione domiciliare); 5) assistenza residenziale sanitaria a non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati (assistenza residenziale ai disabili psico-fisico-sensoriali in centri di riabilitazione); 6) attività di supporto all'organizzazione assistenziale. Il PSN del 1994-96 definisce come priorità di intervento la organizzazione di sistemi fondamentali a livello territoriale:

a. DISTRETTO SANITARIO DI BASE (DSB). Con il D.lgs. 502/92 si conferma l'articolazione delle USL in Distretti: organismi che gestiscono tutte le strutture ed i servizi presenti nelle zone in cui è stata divisa l'USL al di fuori di ciò che fa parte dell'assistenza ospedaliera. Viene gestito dal coordinatore di distretto che controlla il bilancio e gestisce il personale. Il DSB eroga i seguenti servizi: assistenza domiciliare ed infermieristica su richiesta del medico di medicina generale; profilassi delle malattie infettive; erogazione di presidi per varie patologie (alimentazione parenterale, farmaci per uso ospe-

daliero). Alcuni distretti forniscono servizi particolari quali: assistenza nelle scuole per bambini portatori di handicap, consultori giovanili, assistenza agli immigrati ed ai clandestini. I servizi sono gratuiti indipendentemente dal reddito.

b. STRUTTURE ED ATTIVITA' DI EMERGENZA

c. ATTIVITA' DI RIABILITAZIONE

d. SPERIMENTAZIONI GESTIONALI

e. SISTEMI DI VALUTAZIONE E CONTROLLO

2) Accreditamento e remunerazione a tariffa: dall'01.01.1995 è stato introdotto un nuovo sistema di retribuzione tariffaria dei soggetti erogatori di prestazioni: il DRG. Questo prevede un elenco analitico di raggruppamenti omogenei sotto il profilo diagnostico, sulla cui base l'ASL rimborsa l'azienda ospedaliera per le prestazioni fornite.

3) Introduzione delle regole del mercato con la distinzione di "compratore" e "acquirente" delle prestazioni sanitarie.

4) Maggiore responsabilizzazione delle Regioni rispetto allo Stato.

5) Aziendalizzazione: costituzione dell'Azienda ASL e della Azienda Ospedale. Con il riordino dell'SSN, le USL e gli ospedali autonomizzati sono stati trasformati in aziende di diritto pubblico. Secondo il D.lgs.502/92 l'USL è definita come Azienda dotata di: personalità pubblica e giuridica, autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile e tecnica. Per ciascuna ASL si prevede un ambito territoriale, che salvo casi di particolari condizioni territoriali (aree montane) e di distribuzione di densità della popolazione, coincide con quello della provincia.

Il SSN è finanziato attraverso la fiscalità generale ed, in particolare, con imposte dirette (addizionale IRPEF ed IRAP) ed indirette (compartecipazione all'IVA, accise sulla benzina) il cui gettito rappresenta un'entrata propria delle Regioni, e residuali trasferimenti erariali. Inoltre, le aziende sanitarie locali dispongono di entrate dirette derivanti dai ticket sanitari e dalle prestazioni rese a pagamento.

11.4 Struttura Organizzativa dell'Azienda Sanitaria Locale

L'unità sanitaria locale è il complesso dei presidi, degli uffici, dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane i quali, in un ambito territoriale determinato, assolvono ai compiti del SSN (art. 10, L. 833/1978). Si articolano in Distretti sanitari di base ed hanno compiti preventivi (Dipartimento di prevenzione), curativi, riabilitativi; secondo le più recenti normative, hanno un bacino di utenza corrispondente di norma a quello di una provincia (circa 200.000-500.000 abitanti). Le competenze delle Aziende USL sono: l'assistenza farmaceutica e la vigilanza sulle farmacie; l'Igiene e la medicina del lavoro; la Medicina dello sport e la tutela delle attività sportive; l'Igiene e la medicina scolastica negli Istituti di Istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado; la Prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche; la Riabilitazione, l'Igiene della produzione, lavorazione, distribuzione e commercio degli alimenti; la Profilassi e la polizia veterinaria; l'Ispezione e la vigilanza sugli impianti di macellazione e sugli animali destinati ad alimentazione umana.

La sua organizzazione è così caratterizzata:

DIRETTORE GENERALE ASL: nominato dalla Regione tra gli iscritti nell'apposito elenco presso il Ministero della Sanità. Fra i requisiti necessari, vi sono la laurea (non necessariamente in Medicina e Chirurgia), e qualifica di direzione tecnica o amministrativa. Detiene i poteri di gestione e rappresentanza dell'ASL. I suoi compiti sono: verificare che sia rispettata la corretta ed economica gestione delle risorse assegnate, accertarsi dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa.

DIRETTORE AMMINISTRATIVO ASL: in collaborazione con il Direttore Sanitario, il consiglio dei Sanitari, ed il coordinatore dei servizi sociali, coadiuva il Direttore Generale. Laureato in discipline giuridiche o economiche, ha funzione di dirigere i servizi amministrativi della ASL e di fornire parere obbligatorio sugli atti relativi alle materie di competenza al Direttore Generale.

DIRETTORE SANITARIO ASL: nominato dal Direttore Generale dell'ASL, deve essere medico abilitato, con esperienza di direzione tecnico-sanitario. Sovrintende ai fini igienistico-organizzativi dei servizi sanitari ed è consulente tecnico nel campo medico del Direttore Generale, con l'obbligo di fornire parere sugli atti di competenza. Dirige ed organizza il consiglio dei Sanitari.

CONSIGLIO DEI SANITARI: presieduto dal Direttore Sanitario, è costituito da medici (tra cui un veterinario), da rappresentanza del personale infer-

mieristico nonché del personale tecnico sanitario. Deve fornire consulenza tecnico sanitaria obbligatoria al Direttore Generale per le attività relative e consulenza sull'attività di assistenza sanitaria.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE: istituito dall'azienda USL, la sua attività è volta alla prevenzione collettiva e di tutela della salute dell'individuo. In ciascun distretto il dipartimento è articolato nei seguenti servizi:

1. Igiene e sanità pubblica
2. Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro
3. Igiene degli ambienti e della nutrizione
4. Veterinari, distinti per aree funzionali in :a) Sanità animale; b) Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche; c) Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e i loro derivati.

11.5 Struttura Organizzativa Dell'azienda Ospedaliera

Le aziende ospedaliere sono state istituite con il D.Lgs. 502/92; sono presidi ospedalieri di particolare rilevanza con caratteristiche di alta specialità identificati dalle regioni. Gli ospedali costituiti in azienda hanno gli stessi organi previsti per l'ASL con le medesime attribuzioni di responsabilità. La gestione dell'azienda ospedaliera fruisce dell'autonomia economico finanziaria.

La sua organizzazione è strutturata come segue:

DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA: è un manager scelto e controllato dalla giunta regionale; laureato (non necessariamente in medicina); si occupa delle decisioni mirate al funzionamento dell'Azienda Ospedaliera al fine di pareggiare il bilancio.

DIRETTORE AMMINISTRATIVO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA: si occupa della gestione amministrativa dell'ospedale come azienda privatizzata. Laureato in economia o giurisprudenza ha responsabilità amministrativa, civile, penale ed organizzativa con il fine di fornire servizi di qualità elevata al minimo costo.

Altre figure centrali appartenenti al SSN sono:

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG): per legge deve essere specialista in Medicina Generale. Deve seguire il paziente nella sua totalità occupandosi di medicina preventiva, diagnosi, cura e riabilitazione. Può prescrivere qualsiasi farmaco ed attua la farmacovigilanza. Non ha limite di spesa per i farmaci delle fasce A (dispensati totalmente dal SSN) o B (dispensati parzialmente dal SSN), viene sottoposto ad autocontrollo mediante un'apposita scheda inviata dalla ASL. Il MMG funge da filtro occupandosi di patologie che non necessitano dell'intervento specialistico o di cure ospedaliere. Il numero di MMG è definito in base al numero di abitanti con la proporzione di 1 medico per 1000 abitanti e può avere un massimo di 1500 assistiti. Il paziente controlla normalmente l'operato del medico potendo revocarlo se lo considera opportuno.

IL FARMACISTA: all'interno del SSN ha il ruolo di operatore sanitario e dispensatore di servizi; non si ritiene solo un semplice venditore di farmaci, ma anche un educatore e informatore di medicina preventiva. Con la sua esperienza è spesso in grado di consigliare i pazienti sul farmaco più idoneo da utilizzare per una determinata patologia. E' in grado di eseguire preparazioni galeniche, cosmetiche e dietetiche; è inoltre a conoscenza della medicina omeopatica. Il rapporto tra il farmacista e il medico di medicina generale è di fondamentale importanza e di stretta collaborazione in quanto entrambi contribuiscono alla salute e al benessere del paziente.

L'Italia è uno dei pochi Paesi in cui la laurea è indispensabile per svolgere la professione di farmacista.

L'OPERATORE INFERMIERISTICO: L'infermiere viene definito come l'operatore sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica, ossia l'assistenza ai malati, la prevenzione delle malattie ecc. Rappresenta la principale "spia" del Servizio Sanitario; accertando le diverse necessità e bisogni dei malati può promuovere miglioramenti nei rapporti con essi, verso l'assistito e la sua famiglia. Nell'ambito del Servizio Sanitario gli infermieri possono essere distinti in: ospedalieri ed extraospedalieri (distretto socio-sanitario o centro di salute). Un altro tipo di "classificazione" riguarda invece il tipo di mansioni svolte nell'area di appartenenza (per esempio: infermiere di pronto soccorso, del reparto chirurgico, ecc). Da alcuni anni la loro formazione, anche in Italia, si svolge a livello Universitario.

XIII

Capitolo

LA TUTELA SOCIALE DELLA MATERNITÀ E L'ABORTO

SOMMARIO: 12.1 La legge 194/78 – 12.2 Diritti della madre e del nascituro – 12.3 I consultori – 12.4 Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) nei primi 90 giorni – 12.5 Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) dopo i 90 giorni – 12.6 L'obiezione di coscienza – 12.7 L'aborto come delitto

La legge 22 maggio 1978 n. 194, “*Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*”, descrive con chiarezza le procedure da seguire in caso di richiesta di IVG (esame delle possibili soluzioni dei problemi proposti, aiuto all'eliminazione delle cause che porterebbero alla IVG, certificazione necessaria, invito a soprassedere per sette giorni in assenza di urgenza), sia entro che oltre i primi 90 giorni di gravidanza. Obiettivo primario della legge è la tutela sociale della maternità e la prevenzione dell'aborto attraverso la rete dei consultori familiari, un obiettivo che si intende perseguire nell'ambito delle politiche di tutela della salute delle donne.

12.1 La legge 194/78

- **La Legge 22 maggio 1978 n. 194** (“*Norme per la Tutela Sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*”) - (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 140 del 22 maggio 1978)

Articolo 1

Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio.

L'interruzione volontaria della gravidanza, di cui alla presente legge, non è mezzo per il controllo delle nascite.

Lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, promuovono e sviluppano i servizi socio-sanitari, nonché altre iniziative necessarie per evitare che lo aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite.

Articolo 2

I consultori familiari istituiti dalla legge 29 luglio 1975, n. 405, fermo restando quanto stabilito dalla stessa legge, assistono la donna in stato di gravidanza:

a) informandola sui diritti a lei spettanti in base alla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali concretamente offerti dalle strutture operanti nel territorio;

b) informandola sulle modalità idonee a ottenere il rispetto delle norme della legislazione sul lavoro a tutela della gestante;

c) attuando direttamente o proponendo allo ente locale competente o alle strutture sociali operanti nel territorio speciali interventi, quando la gravidanza o la maternità creino problemi per risolvere i quali risultino inadeguati i normali interventi di cui alla lettera a);

d) contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza.

I consultori sulla base di appositi regolamenti o convenzioni possono avvalersi, per i fini previsti dalla legge, della collaborazione volontaria di idonee formazioni sociali di base e di associazioni del volontariato, che possono anche aiutare la maternità difficile dopo la nascita.

La somministrazione su prescrizione medica, nelle strutture sanitarie e nei consultori, dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile è consentita anche ai minori.

Articolo 3

Anche per l'adempimento dei compiti ulteriori assegnati dalla presente legge ai consultori familiari, il fondo di cui all'articolo 5 della legge 29 luglio 1975, n. 405, è aumentato con uno stanziamento di L. 50.000.000.000 annui, da ripartirsi fra le regioni in base agli stessi criteri stabiliti dal suddetto articolo.

Alla copertura dell'onere di lire 50 miliardi relativo all'esercizio finanziario 1978

si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto nel capitolo 9001 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per il medesimo esercizio. Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le necessarie variazioni di bilancio.

Articolo 4

Per l'interruzione volontaria della gravidanza entro i primi novanta giorni, la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito, si rivolge ad un consultorio pubblico istituito ai sensi dell'articolo 2, lettera a), della legge 29 luglio 1975 numero 405, o a una struttura socio-sanitaria a ciò abilitata dalla regione, o a un medico di sua fiducia.

Articolo 5

Il consultorio e la struttura socio-sanitaria, oltre a dover garantire i necessari accertamenti medici, hanno il compito in ogni caso, e specialmente quando la richiesta di interruzione della gravidanza sia motivata dall'incidenza delle condizioni economiche, o sociali, o familiari sulla salute della gestante, di esaminare con la donna e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della dignità e della riservatezza della donna e della persona indicata come padre del concepito, le possibili soluzioni dei problemi proposti, di aiutarla a rimuovere le cause che la porterebbero alla interruzione della gravidanza, di metterla in grado di far valere i suoi diritti di lavoratrice e di madre, di promuovere ogni opportuno intervento atto a sostenere la donna, offrendole tutti gli aiuti necessari sia durante la gravidanza sia dopo il parto.

Quando la donna si rivolge al medico di sua fiducia questi compie gli accertamenti sanitari necessari, nel rispetto della dignità e della libertà della donna; valuta con la donna stessa e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della dignità e della riservatezza della donna e della persona indicata come padre del concepito, anche sulla base dell'esito degli accertamenti di cui sopra, le circostanze

che la determinano a chiedere l'interruzione della gravidanza; la informa sui diritti a lei spettanti e sugli interventi di carattere sociale cui può fare ricorso, nonché sui consultori e le strutture socio-sanitarie.

Quando il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, riscontra l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'intervento, rilascia immediatamente alla donna un certificato attestante l'urgenza.

Con tale certificato la donna stessa può presentarsi ad una delle sedi autorizzate a praticare la interruzione della gravidanza.

Se non viene riscontrato il caso di urgenza, al termine dell'incontro il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, di fronte alla richiesta della donna di interrompere la gravidanza sulla base delle circostanze di cui all'articolo 4, le rilascia copia di un documento, firmato anche dalla donna, attestante lo stato di gravidanza e l'avvenuta richiesta, e la invita a soprassedere per sette giorni.

Trascorsi i sette giorni, la donna può presentarsi, per ottenere la interruzione della gravidanza, sulla base del documento rilasciatole ai sensi del presente comma, presso una delle sedi autorizzate.

Articolo 6

L'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, può essere praticata:

a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna;

b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.

Articolo 7

I processi patologici che configurino i casi previsti dall'articolo precedente vengono accertati da un medico del servizio ostetrico-ginecologico dell'ente ospedaliero in cui deve praticarsi l'intervento, che ne certifica l'esistenza.

Il medico può avvalersi della collaborazione di specialisti. Il medico è tenuto a fornire la documentazione sul caso e a comunicare la sua certificazione al direttore

sanitario dell'ospedale per l'intervento da praticarsi immediatamente.

Qualora l'interruzione della gravidanza si renda necessaria per imminente pericolo per la vita della donna, l'intervento può essere praticato anche senza lo svolgimento delle procedure previste dal comma precedente e al di fuori delle sedi di cui all'articolo 8. In questi casi, il medico è tenuto a darne comunicazione al medico provinciale.

Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo nel caso di cui alla lettera a) dell'articolo 6 e il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto.

Articolo 8

L'interruzione della gravidanza è praticata da un medico del servizio ostetrico-ginecologico presso un ospedale generale tra quelli indicati nell'articolo 20 della legge 12 febbraio 1968, numero 132, il quale verifica anche l'inesistenza di controindicazioni sanitarie.

Gli interventi possono essere altresì praticati presso gli ospedali pubblici specializzati, gli istituti ed enti di cui all'articolo 1, penultimo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e le istituzioni di cui alla legge 26 novembre 1973, numero 817, ed al decreto del Presidente della Repubblica 18 giugno 1958, n. 754, sempre che i rispettivi organi di gestione ne facciano richiesta.

Nei primi novanta giorni l'interruzione della gravidanza può essere praticata anche presso case di cura autorizzate dalla regione, fornite di requisiti igienico-sanitari e di adeguati servizi ostetrico-ginecologici.

Il Ministro della sanità con suo decreto limiterà la facoltà delle case di cura autorizzate, a praticare gli interventi di interruzione della gravidanza, stabilendo:

1) la percentuale degli interventi di interruzione della gravidanza che potranno avere luogo, in rapporto al totale degli interventi operatori eseguiti nell'anno precedente presso la stessa casa di cura;

2) la percentuale dei giorni di degenza consentiti per gli interventi di interruzione della gravidanza, rispetto al totale dei giorni di degenza che nell'anno precedente si sono avuti in relazione alle convenzioni con la regione.

Le percentuali di cui ai punti 1) e 2) dovranno essere non inferiori al 20 per cento e uguali per tutte le case di cura. Le case di cura potranno scegliere il criterio al quale attenersi, fra i due sopra fissati.

Nei primi novanta giorni gli interventi di interruzione della gravidanza dovranno altresì poter essere effettuati, dopo la costituzione delle unità socio-sanitarie locali, presso poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli ospedali ed autorizzati dalla regione.

Il certificato rilasciato ai sensi del terzo comma dell'articolo 5 e, alla scadenza dei sette giorni, il documento consegnato alla donna ai sensi del quarto comma dello stesso articolo costituiscono titolo per ottenere in via d'urgenza l'intervento e, se necessario, il ricovero.

Articolo 9

Il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure di cui agli articoli 5 e 7 ed agli interventi per l'interruzione della gravidanza quando sollevi obiezione di coscienza, con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata al medico provinciale e, nel caso di personale dipendente dello ospedale o dalla casa di cura, anche al direttore sanitario, entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge o dal conseguimento della abilitazione o dall'assunzione presso un ente tenuto a fornire prestazioni dirette alla interruzione della gravidanza o dalla stipulazione di una convenzione con enti previdenziali che comporti l'esecuzione di tali prestazioni.

L'obiezione può sempre essere revocata o venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al precedente comma, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione al medico provinciale.

L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento.

Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare lo espletamento delle procedure previste dall'articolo 7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5, 7 e 8. La regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale.

L'obiezione di coscienza non può essere invocata dal personale sanitario, ed esercente le attività ausiliarie quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo.

L'obiezione di coscienza si intende revocata, con effetto, immediato, se chi l'ha sollevata prende parte a procedure o a interventi per l'interruzione della gravidanza previsti dalla presente legge, al di fuori dei casi di cui al comma precedente.

Articolo 10

L'accertamento, l'intervento, la cura e la eventuale degenza relativi alla interruzione della gravidanza nelle circostanze previste dagli articoli 4 e 6, ed attuati nelle istituzioni sanitarie di cui all'articolo 8, rientrano fra le prestazioni ospedaliere trasferite alle regioni dalla legge 17 agosto 1974, n. 386.

Sono a carico della regione tutte le spese per eventuali accertamenti, cure o degenze necessarie per il compimento della gravidanza nonché per il parto, riguardanti le donne che non hanno diritto all'assistenza mutualistica.

Le prestazioni sanitarie e farmaceutiche non previste dai precedenti commi e gli accertamenti effettuati secondo quanto previsto dal secondo comma dell'articolo 5 e dal primo comma dell'articolo 7 da medici dipendenti pubblici, o che esercitino la loro attività nell'ambito di strutture pubbliche o convenzionate con la regione, sono a carico degli enti mutualistici, sino a che non sarà istituito il servizio sanitario nazionale.

Articolo 11

L'ente ospedaliero, la casa di cura o il poliambulatorio nei quali l'intervento è stato effettuato sono tenuti ad inviare al medico provinciale competente per territorio una dichiarazione con la quale il medico che lo ha eseguito dà notizia dell'intervento stesso e della documentazione sulla base della quale è avvenuto, senza fare menzione dell'identità della donna.

Le lettere b) e f) dell'articolo 103 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con il regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, sono abrogate.

Articolo 12

La richiesta di interruzione della gravidanza secondo le procedure della presente legge è fatta personalmente dalla donna.

Se la donna è di età inferiore ai diciotto anni, per l'interruzione della gravidanza è richiesto lo assenso di chi esercita sulla donna stessa la potestà o la tutela. Tuttavia,

nei primi novanta giorni, quando vi siano seri motivi che impediscano o sconsiglino la consultazione delle persone esercenti la potestà o la tutela, oppure queste, interpellate, rifiutino il loro assenso o esprimano pareri tra loro difformi, il consultorio o la struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, espleta i compiti e le procedure di cui all'articolo 5 e rimette entro sette giorni dalla richiesta una relazione, corredata del proprio parere, al giudice tutelare del luogo in cui esso opera. Il giudice tutelare, entro cinque giorni, sentita la donna e tenuto conto della sua volontà, delle ragioni che adduce e della relazione trasmessagli, può autorizzare la donna, con atto non soggetto a reclamo, a decidere la interruzione della gravidanza.

Qualora il medico accerti l'urgenza dell'intervento a causa di un grave pericolo per la salute della minore di diciotto anni, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela e senza adire il giudice tutelare, certifica l'esistenza delle condizioni che giustificano l'interruzione della gravidanza. Tale certificazione costituisce titolo per ottenere in via d'urgenza l'intervento e, se necessario, il ricovero. Ai fini dell'interruzione della gravidanza dopo i primi novanta giorni, si applicano anche alla minore di diciotto anni le procedure di cui all'articolo 7, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela.

Articolo 13

Se la donna è interdetta per infermità di mente, la richiesta di cui agli articoli 4 e 6 può essere presentata, oltre che da lei personalmente, anche dal tutore o dal marito non tutore, che non sia legalmente separato.

Nel caso di richiesta presentata dall'interdetta o dal marito, deve essere sentito il parere del tutore. La richiesta presentata dal tutore o dal marito deve essere confermata dalla donna.

Il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, trasmette al giudice tutelare, entro il termine di sette giorni dalla presentazione della richiesta, una relazione contenente ragguagli sulla domanda e sulla sua provenienza, sull'atteggiamento comunque assunto dalla donna e sulla gravidanza e specie dell'infermità mentale di essa nonché il parere del tutore, se espresso.

Il giudice tutelare, sentiti se lo ritiene opportuno gli interessati, decide entro cinque giorni dal ricevimento della relazione, con atto non soggetto a reclamo.

Il provvedimento del giudice tutelare ha gli effetti di cui all'ultimo comma dell'articolo 8.

Articolo 14

Il medico che esegue l'interruzione della gravidanza è tenuto a fornire alla donna le informazioni e le indicazioni sulla regolazione delle nascite, nonché a renderla partecipe dei procedimenti abortivi, che devono comunque essere attuati in modo da rispettare la dignità personale della donna.

In presenza di processi patologici, fra cui quelli relativi ad anomalie o malformazioni del nascituro, il medico che esegue l'interruzione della gravidanza deve fornire alla donna i ragguagli necessari per la prevenzione di tali processi.

Articolo 15

Le regioni, d'intesa con le università e con gli enti ospedalieri, promuovono l'aggiornamento del personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sui problemi della procreazione cosciente e responsabile, sui metodi anticoncezionali, sul decorso della gravidanza, sul parto e sull'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza.

Le regioni promuovono inoltre corsi ed incontri ai quali possono partecipare sia il personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sia le persone interessate ad approfondire le questioni relative all'educazione sessuale, al decorso della gravidanza, al parto, ai metodi anticoncezionali e alle tecniche per l'interruzione della gravidanza.

Al fine di garantire quanto disposto dagli articoli 2 e 5, le regioni redigono un programma annuale d'aggiornamento e di informazione sulla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali esistenti nel territorio regionale.

Articolo 16

Entro il mese di febbraio, a partire dall'anno successivo a quello dell'entrata in vigore della Presente legge, il Ministro della sanità presenta al Parlamento una relazione sull'attuazione della legge stessa e sui suoi effetti, anche in riferimento al problema della prevenzione.

Le regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie entro il mese di gennaio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministro.

Analoga relazione presenta il Ministro di grazia e giustizia per quanto riguarda le questioni di specifica competenza del suo Dicastero.

Articolo 17

Chiunque cagiona ad una donna per colpa l'interruzione della gravidanza è punito con la reclusione da tre mesi a due anni.

Chiunque cagiona ad una donna per colpa un parto prematuro è punito con la pena prevista dal comma precedente, diminuita fino alla metà.

Nei casi previsti dai commi precedenti, se il fatto è commesso con la violazione delle norme poste a tutela del lavoro la pena è aumentata.

Articolo 18

Chiunque cagiona l'interruzione della gravidanza senza il consenso della donna è punito con la reclusione da quattro a otto anni. Si considera come non prestato il consenso estorto con violenza o minaccia ovvero carpito con l'inganno. La stessa pena si applica a chiunque provochi l'interruzione della gravidanza con azioni dirette a provocare lesioni alla donna.

Detta pena è diminuita fino alla metà se da tali lesioni deriva l'acceleramento del parto.

Se dai fatti previsti dal primo e dal secondo comma deriva la morte della donna si applica la reclusione da otto a sedici anni; se ne deriva una lesione personale gravissima si applica la reclusione da sei a dodici anni; se la lesione personale è grave questa ultima pena è diminuita.

Le pene stabilite dai commi precedenti sono aumentate se la donna è minore degli anni diciotto.

Articolo 19

Chiunque cagiona l'interruzione volontaria della gravidanza senza l'osservanza delle modalità indicate negli articoli 5 o 8, è punito con la reclusione sino a tre anni.

La donna è punita con la multa fino a lire centomila.

Se l'interruzione volontaria della gravidanza avviene senza l'accertamento medico dei casi previsti dalle lettere a) e b) dell'articolo 6 o comunque senza l'osservanza delle modalità previste dall'articolo 7, chi la cagiona è punito con la reclusione da uno a quattro anni.

La donna è punita con la reclusione sino a sei mesi.

Quando l'interruzione volontaria della gravidanza avviene su donna minore degli anni diciotto, o interdetta, fuori dei casi o senza l'osservanza delle modalità previste dagli articoli 12 e 13, chi la cagiona è punito con le pene rispettivamente previste dai commi precedenti aumentate fino alla metà. La donna non è punibile.

Se dai fatti previsti dai commi precedenti deriva la morte della donna, si applica la reclusione da tre a sette anni; se ne deriva una lesione personale gravissima si applica la reclusione da due a cinque anni; se la lesione personale è grave questa ultima pena è diminuita.

Le pene stabilite dal comma precedente sono aumentate se la morte o la lesione della donna derivano dai fatti previsti dal quinto comma.

Articolo 20

Le pene previste dagli articoli 18 e 19 per chi procura l'interruzione della gravidanza sono aumentate quando il reato è commesso da chi ha sollevato obiezione di coscienza ai sensi dell'articolo 9.

Articolo 21

Chiunque, fuori dei casi previsti dall'articolo 326 del codice penale, essendone venuto a conoscenza per ragioni di professione o di ufficio, rivela l'identità - o comunque divulga notizie idonee a rivelarla - di chi ha fatto ricorso alle procedure o agli interventi previsti dalla presente legge, è punito a norma dell'articolo 622 del codice penale.

Articolo 22

Il titolo X del libro II del codice penale è abrogato.

Sono altresì abrogati il n. 3) del primo comma e il n. 5) del secondo comma dell'articolo 583 del codice penale.

Salvo che sia stata pronunciata sentenza irrevocabile di condanna, non è punibile per il reato di aborto di donna consenziente chiunque abbia commesso il fatto prima dell'entrata in vigore della presente legge, se il giudice accerta che sussistevano le condizioni previste dagli articoli 4 e 6.

12.2 Diritti della madre e del nascituro

La Costituzione della Repubblica Italiana afferma (art. 1) che l'Italia è una Repubblica democratica ed, all'art. 2, riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali, ove si svolge la sua personalità e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.

Quindi, il diritto alla vita, quale presupposto di tutti gli altri diritti dell'uomo, si colloca fra i diritti inviolabili, *“e cioè tra quei diritti che occupano nell'ordinamento una posizione privilegiata, in quanto appartenente all'essenza dei valori supremi sui quali si fonda la Costituzione Italiana”* (Corte Cost. sentenza n. 35/1997).

Il diritto alla vita qualifica la stessa forma repubblicana e democratica del nostro Stato; non vi è democrazia ove si ammettano discriminazioni, con riguardo al diritto alla vita.

E' ancora di tutta evidenza che il processo di sviluppo (cfr. art. 2 Costituzione) è giuridicamente rilevante nella vita dell'uomo. Infatti, la realtà fisica e psichica dell'uomo è strettamente legata al suo sviluppo. La vita inizia, fluisce, termina. Tutti gli istanti di questo procedere sono rilevanti ai fini della tutela costituzionale ed inviolabile dell'uomo.

L'inizio della vita dell'uomo si colloca al momento del concepimento, rilevante per il nostro ordinamento giuridico; ne consegue che il concepito è soggetto che gode della tutela costituzionale ed il suo diritto alla vita ed il suo nascere si iscrivono fra i diritti inviolabili di cui all'art. 2 della Costituzione. Non si può discriminare fra vita prenatale e vita dopo la nascita.

Le istanze che da una parte della nostra società si manifestarono negli anni '70, per la salvaguardia delle donne dalla piaga del c.d. “aborto clandestino”, fecero emergere un conflitto fra la salute e la vita della madre e la vita del concepito.

Si noti che, se il rapporto si fosse posto fra pericolo di vita della madre per la gravidanza e la vita del concepito, il conflitto sarebbe stato solo apparente. In tal caso ricorre l'ipotesi dello stato di necessità di cui all'art. 54 cod. penale *“non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé ed altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona”*.

Le due vite a paragone hanno pari dignità, ed almeno si salvi una delle due.

Come è noto l'istanza abortiva portata avanti dalla cultura degli anni '70, ed anche di parte di quella attuale, non solleva soltanto un conflitto, ma si spinge alla posizione di preminenza della madre con varie giustificazioni, tra cui la c.d. autodeterminazione della donna.

Con la legge 22.5.1978 n. 194 vi è stata la depenalizzazione dell'aborto; tuttavia, ciò non significa che l'ordinamento giuridico abbia rinunciato alla tutela della vita nascente sotto altri profili, e si sia rimesso alla pura discrezione della donna.

La legge 194/78 ha posto, da una parte, norme per la salvaguardia della salute e della vita della gestante, d'altra (art. 1) ha ribadito il diritto, costituzionale, alla procreazione cosciente e responsabile ed il valore sociale della maternità, statuendo che la vita umana è tutelata sin dal suo inizio.

Per il nostro ordinamento, dopo l'emanazione della legge n. 40/2004 sulla procreazione medicalmente assistita, l'inizio della vita umana si rapporta giuridicamente al momento del concepimento (art. 11, legge n. 40/2004).

L'art. 1 della legge 194/78 afferma il principio secondo il quale l'aborto non deve essere considerato un mezzo per il controllo delle nascite. Infatti il 3° comma enuncia: *“lo Stato, le Regioni e gli Enti locali, nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, promuovono e sviluppano i servizi sociali, nonché altre iniziative necessarie per evitare che l'aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite”*.

Con questa norma, le Istituzioni e le Strutture sono obbligate alla valutazione dei presupposti per una lecita interruzione della gravidanza.

La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 35 del 1997, in tale art. 1, 3° comma, riscontra *“il diritto alla vita del concepito”*. Infatti fa rilevare che la limitazione programmata delle nascite è proprio l'antitesi di tale diritto che può essere sacrificato solo nel confronto con quello della madre alla salute ed alla vita. A tal riguardo, si deve osservare che, con la citata pronunzia, la Corte Costituzionale ha negato ogni interpretazione della legge 194/78 che esalti l'aspetto soggettivo dell'autodeterminazione della donna. La Corte ribadisce, anche per il primo trimestre di gravidanza, i presupposti oggettivi dell'interruzione della gravidanza i quali *“vincolano la stessa ad una previa valutazione del serio pericolo per la salute fisica o psichica della madre”*, promuovendo, oltre che *“i necessari accertamenti medici”*, ogni opportuno intervento atto a sostenere la donna con l'offerta di tutti gli aiuti necessari sia durante la gravidanza sia dopo il parto (artt. 4 e 5).

In conclusione, la Corte Costituzionale avversa l'autodeterminazione della donna come diritto di *"totale e libera disponibilità della singola gestante del bimbo concepito"*, il cui diritto alla vita viene inscritto tra i diritti inviolabili, e nel contempo, contrastando la limitazione programmata delle nascite e richiamando gli interventi delle Istituzioni per sostenere la madre che vuole far nascere il suo bambino, ossia un nuovo cittadino dello Stato, accentua la rilevanza costituzionale dell'elemento umano dello Stato, il "Popolo", con ciò già prospettando l'illegittimità costituzionale dei tentativi di liberalizzazione e privatizzazione dell'aborto.

12.3 I consultori

Il Consultorio Familiare è un servizio territoriale orientato alla prevenzione, rivolto alle donne ed alle coppie, con specifico riferimento alle problematiche della sessualità, della procreazione responsabile e della contraccezione, della gravidanza (corsi di preparazione al parto) e della prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse. Garantisce, inoltre, l'attivazione delle procedure previste dalla legge 194/78 per l'Interruzione Volontaria di Gravidanza (art. 2).

Le prestazioni di tipo consultoriale sono gratuite e possono usufruirne anche persone non iscritte al Servizio Sanitario Nazionale, domiciliate nel territorio di riferimento del consultorio stesso (il Distretto Sanitario).

Secondo la legge 194/78, il Consultorio assicura colloqui e consulenza per rimuovere eventuali cause che portino alla decisione di ricorrere alla interruzione volontaria di gravidanza (IVG). Al riguardo, fornisce anche assistenza psicologica e, su richiesta, informazioni su associazioni di volontariato ed eventuale coinvolgimento dei servizi sociali.

Dopo la scelta dell'interessata, il ginecologo del Consultorio rilascia il certificato necessario per sottoporsi a IVG (questo certificato può essere richiesto anche al proprio ginecologo di fiducia, al medico di famiglia, o ad altro specialista). Viene assicurato anche il collegamento con i reparti ospedalieri di riferimento per l'esecuzione dell'intervento.

Nel caso di minorenne che chieda IVG senza il consenso di chi esercita la patria potestà, il Consultorio segue il percorso di certificazione con la relazione al giudice tutelare.

12.4 Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) nei primi 90 giorni

Nei primi novanta giorni di gravidanza il ricorso alla IVG è permesso alla donna *“che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito”* (art. 4).

Una donna, quindi, può richiedere l'interruzione volontaria di gravidanza entro i primi 90 giorni di gestazione, ad un medico di famiglia, ad un consultorio familiare o ad un'altra struttura autorizzata, per motivi di salute, economici, sociali o familiari.

La richiesta di IVG è effettuata personalmente dalla donna che deve spiegare le ragioni della sua scelta; dopo aver inoltrato la domanda, la Legge prevede un periodo di riflessione obbligatorio di almeno una settimana, durante il quale la donna ha la possibilità di esaminare la sua scelta.

Nel caso in cui venga riscontrato uno stato di urgenza, il medico deve rilasciare subito la certificazione idonea per l'IVG.

Nel caso delle minorenni è necessario l'assenso da parte di chi esercita la potestà o la tutela. Tuttavia, in casi di particolare urgenza o necessità, se chi esercita la potestà o la tutela non è consenziente oppure se esistono dei gravi motivi che ne impediscono la consultazione è possibile ricorrere al Giudice Tutelare, attraverso una relazione redatta dal ginecologo del Consultorio Familiare a cui la minore ha fatto richiesta di IVG.

Nella situazione di interdizione della donna per infermità di mente, la richiesta di aborto può essere presentata, oltre che da lei personalmente, anche dal tutore o dal marito non tutore, che non sia legalmente separato. Nel caso di richiesta presentata dall'interdetta o dal marito, deve essere sentito il parere del tutore. La richiesta presentata dal tutore o dal marito deve essere confermata dalla donna.

L'intervento può essere effettuato sia presso le strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale sia presso le strutture private convenzionate e autorizzate dalle Regioni (art. 8).

12.5 Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) dopo i 90 giorni

L'IVG può essere praticata dopo i primi 90 giorni quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna, oppure quando siano state accertate gravi anomalie del feto che potrebbero danneggiare la salute psicofisica della donna (aborto terapeutico) (art. 6).

In entrambi i casi, lo stato patologico deve essere accertato e documentato da un medico del servizio ostetrico e ginecologico che deve praticare l'intervento, che può avvalersi della collaborazione di specialisti.

Il medico dovrà produrre tale certificazione al Direttore Sanitario della struttura ove verrà effettuato l'intervento.

Nel caso in cui sussista un imminente pericolo per la vita della donna, l'atto operatorio potrà essere effettuato anche senza l'esecuzione delle citate procedure e al di fuori delle sedi di cui all'articolo 8. In questi casi, il medico è tenuto a darne comunicazione al medico provinciale.

12.6 L'obiezione di coscienza

La dichiarazione di obiezione di coscienza nei confronti delle procedure di interruzione volontaria di gravidanza, regolata dalla Legge n.194/78, deve essere comunicata, secondo il testo della Legge suddetta, al medico provinciale e, nel caso di personale dipendente dall'ospedale o dalla casa di cura, anche al direttore sanitario, entro un mese dal conseguimento dell'abilitazione o dall'assunzione presso un ente tenuto a fornire dette prestazioni o dalla stipulazione di una convenzione con enti previdenziali che comporti l'esecuzione di tali prestazioni.

Successivamente alla entrata in vigore della Legge, è stata soppressa la figura del medico provinciale, per cui l'obiezione di coscienza deve essere comunicata al coordinatore sanitario della ASL di competenza. L'obiezione può sempre essere revocata o venire proposta al di fuori dei termini precedentemente esposti, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione al medico provinciale.

L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza ma non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento.

Inoltre, il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non può sollevare obiezione di coscienza, allorché l'intervento sia *“indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo”* (art. 9, comma 5).

12.7 L'aborto come delitto

Fino alla metà degli anni '70 la pratica abortiva in Italia era guardata con estremo disfavore sia in ambito sociale sia sul piano strettamente giuridico. L'aborto, infatti, era sanzionato dalle norme contenute nel titolo X del libro II del codice penale; tuttavia, la giurisprudenza riconduceva nell'ambito della liceità quelle ipotesi in cui l'interruzione della gravidanza veniva posta in essere al fine di salvare la vita della gestante e, in taluni casi, anche qualora gravi ragioni di salute lo richiedessero. Ciò accadeva con una certa frequenza, posto che non era difficile riscontrare, in simili casi, la causa di giustificazione dello “stato di necessità”, previsto dall'art. 54 del codice penale. In tal modo il fenomeno era considerato di per sé illecito, ma allo stesso tempo erano fatti salvi i diritti fondamentali della donna, rinunciandosi all'applicazione della pena nel caso concreto, in presenza di circostanze di fatto rigorosamente verificabili.

In assenza di una normativa che legittimasse la pratica abortiva, peraltro, era assai frequente il triste fenomeno dei c.d. “aborti clandestini”, i quali spesso portavano con sé esiti pregiudizievole per la salute o la vita della donna che vi si sottoponeva, data l'inidoneità degli strumenti e delle procedure adottate.

Con l'introduzione della legge 194 del 1978 si è preso, pertanto, coscienza della diffusione del fenomeno, e si è resa lecita l'interruzione della gravidanza.

Venendo ora ad affrontare quelle che sono le ipotesi spesso più problematiche del fenomeno in esame, occorre dar conto dei profili di responsabilità concernenti i protagonisti dell'intera vicenda abortiva (medico, operatori sanitari, donna stessa), o di terzi estranei (coloro che causano ab externo l'interruzione della gravidanza in assenza di qualsiasi legittimazione a farlo).

Il legislatore, nella parte finale della norma, ha previsto una serie di articoli con i quali ha individuato varie ipotesi di reato collegato con la pratica abortiva (artt. 17, 18 e 19).

In via preliminare è necessario, però, definire la nozione giuridica di “aborto” (da non confondere con quella medica), la quale deve intendersi come *“l'interruzione intenzionale e violenta della gravidanza, con conseguente morte o soppres-*

sione del prodotto del concepimento, che si consuma nell'arco temporale che intercorre tra l'inizio della gravidanza e quello del parto".

In particolare la giurisprudenza ha specificato che, in tema di delitti contro la persona, l'elemento distintivo delle fattispecie di soppressione del prodotto del concepimento è costituito anche dal momento in cui avviene l'azione criminosa. Le condotte che caratterizzano i "delitti di aborto" si realizzano in un momento precedente il distacco del feto dall'utero materno. Di conseguenza, qualora la condotta diretta a sopprimere il prodotto del concepimento sia posta in essere dopo il distacco, naturale o indotto, del feto dall'utero materno, il fatto potrà configurare le ipotesi di abbandono materiale e morale della madre, previsto dall'art. 578 c.p., o di omicidio volontario di cui agli art. 575 e 577 n. 1 c.p. (Cassazione penale, sez. I, 18 ottobre 2004, 46945). Diversamente, secondo una minoritaria giurisprudenza di merito, ai fini dell'individuazione del momento in cui ha inizio l'autonoma vita biologica (ed è pertanto configurabile il delitto di omicidio e non già quello di aborto colposo) occorre far riferimento "... *all'inizio del travaglio di parto in cui ha inizio quel periodo di transizione tra la vita intrauterina e quella extrauterina, identificabile con il momento della rottura delle acque*" (Pretura Arezzo, 11 luglio 1992, Giust. pen. 1992, II, 601).

Le singole ipotesi delittuose previste dalla legge 194 si identificano nei reati di seguito riportati.

L'art. 17, al primo comma, prevede e punisce la condotta di chiunque, per colpa, cagiona ad una donna l'interruzione della gravidanza. Si tratta di un reato colposo, riscontrabile il più delle volte nelle ipotesi di negligenza, imprudenza o imperizia del sanitario nella prospettazione della diagnosi o nell'esecuzione di una operazione chirurgica.

Giova rilevare, peraltro, che in tema di concorso colposo del danneggiato, la giurisprudenza è intervenuta stabilendo che, in tema di colpa professionale del medico, la condotta imprudente del paziente che abbia richiesto con ritardo le cure non esclude il concorso di cause, ai sensi dell'art. 41 c.p., ove il sanitario, anziché contrastare il processo patologico in atto, differisca l'intervento terapeutico che si prospetti come necessario ed urgente alla luce di un evidente quadro clinico (Cassazione penale, sez. V, 14 luglio 2000, n. 10482).

L'art. 18 della legge 194/78 al primo comma punisce con la pena della reclusione da quattro ad otto anni chiunque cagioni l'interruzione della gravidanza senza il consenso della donna.

La condotta si consuma sia laddove il consenso manchi del tutto sia nel caso in cui sussista ma sia stato estorto con violenza, minaccia o carpiteo con l'inganno. La manifestazione della volontà della donna, nel senso univoco e palese dell'interruzione della gravidanza, deve essere infatti focalizzata al momento in cui l'intervento viene eseguito, risultando indifferenti le eventuali dichiarazioni espresse in precedenti colloqui.

Per quanto concerne l'elemento soggettivo del delitto in esame, la norma richiede la consapevolezza, da parte dell'agente che interviene per l'interruzione, della mancanza del consenso.

Il secondo comma dell'art. 18 prevede il reato di "aborto preterintenzionale", sanzionando la condotta di chiunque provochi l'interruzione della gravidanza con azioni dirette a provocare lesioni alla donna.

Quella in esame è sicuramente una previsione peculiare in quanto rappresenta, con l'omicidio preterintenzionale, una delle due sole ipotesi di delitto preterintenzionale previste dal nostro ordinamento (art. 42, 2° comma c.p.).

Il legislatore, al secondo comma dell'art. 17 della legge n. 194/78, ha previsto l'ipotesi dell'acceleramento colposo del parto (c.d. parto prematuro), e al 3° comma dell'art. 18 quella di acceleramento del parto dovuto alle lesioni o ad azioni dirette a provocarle (acceleramento preterintenzionale del parto). Siamo pertanto di fronte ad ipotesi in cui l'evento non consiste nella morte del feto, bensì in una accelerazione dei tempi naturali di gestazione. In entrambi i casi è necessario che la condotta si realizzi nei confronti di una gravidanza ove il bambino sia ad un grado di maturazione tale da poter vivere autonomamente. Laddove, infatti, dovesse poi seguire la morte del bambino si contesterà il più grave reato di omicidio colposo.

L'art. 19 sanziona penalmente l'interruzione volontaria della gravidanza avvenuta:

- ✚ senza l'osservanza delle modalità di cui agli artt. 5 e 8 della legge in esame (fuori dalle strutture sanitarie autorizzate);
- ✚ senza l'accertamento del medico dei casi previsti dalle lettere a) e b) dell'art. 6 (interruzione dopo i 90 giorni) o senza gli accertamenti richiesti dall'art. 7 in caso di processi patologici;
- ✚ senza l'osservanza delle particolari procedure previste in caso di donne minori di anni diciotto o interdette (artt. 12 e 13).

La donna in questi casi è sanzionata con pene notevolmente minori rispetto a colui che cagiona l'aborto *ab externo*.

Dall'analisi di questa norma è possibile ricavare ulteriori certezze sulla *ratio* della legge, la quale mira a riconoscere il diritto della donna ad interrompere la gravidanza purché ciò avvenga sempre nel rispetto delle procedure normative previste ed all'interno di strutture sanitarie autorizzate.

L'aborto senza l'osservanza delle modalità prescritte, presupponendo il consenso della donna, integra l'ipotesi di un delitto plurisoggettivo.

Da ultimo, il 5° comma dell'art. 19 prevede alcune circostanze dei suddetti reati, stabilendo che se dai fatti previsti dai commi precedenti deriva la morte della donna, si applica la reclusione da tre a sette anni; se ne deriva una lesione personale gravissima si applica la reclusione da due a cinque anni; se la lesione personale è grave quest'ultima pena è diminuita. Mentre, se la morte o la lesione è conseguenza delle condotte previste dal 5° comma, le pene sono aumentate.

XIII

Capitolo

TRATTAMENTI SANITARI

SOMMARIO: 13.1 Trattamenti sanitari volontari e obbligatori - 13.2 Brevi cenni storici – 13.3 Fonti normative di riferimento - 13.4 Modalità di esecuzione del Trattamento Sanitario Obbligatorio

13.1 Trattamenti sanitari volontari e obbligatori

Il sistema delle leggi vigenti distingue i trattamenti sanitari in due gruppi quelli volontari e quelli obbligatori.

1. *Il trattamento volontario* è messo in atto dopo aver chiesto ed ottenuto il consenso dell'interessato e viene da quest'ultimo richiesto ed accettato oppure può essere realizzato con l'assenso di chi esercita la podestà genitoriale o di chi è tutore nel caso di minori o interdetti.

2. *Il trattamento obbligatorio* costituisce una eccezione che trova legittimazione nella stessa Costituzione in cui all'art.32 viene precisato “*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*”.

Da ciò né deriva che ogni trattamento sanitario obbligatorio (T.S.O.) è da considerarsi un atto a carattere assolutamente eccezionale rispetto alla maggioranza dei trattamenti sanitari che sono di norma eseguiti con il consenso del paziente.

L'attuazione del trattamento sanitario è essenzialmente subordinata al verificarsi di tre condizioni:

- a) deve essere previsto e normato con legge ordinaria dello stato;

b) deve rispondere ad una concreta necessità giustificata e finalizzata alla tutela della salute pubblica o alla salvaguardia della salute e dell'incolumità del paziente;

c) deve, senza eccezione, osservare i limiti imposti dal rispetto della persona ovvero la libertà e la dignità dell'uomo, sempre ricercando il consenso al trattamento ed ogni altro rimedio teso ad attenuare il carattere coattivo e coercitivo del trattamento imposto.

13.2 Brevi cenni storici

Gli ospedali psichiatrici, furono istituiti in Italia a partire dal XV secolo e regolamentati per la prima volta dalla legge 36 del 1904, "*disposizione sui manicomi e sugli alienati*", che resterà in vigore fino al 1978.

Essa, sebbene risultasse innovativa rispetto al passato, non teneva in considerazione né la il malato né la durata di permanenza dello stesso nella struttura psichiatrica.

Il malato, dopo il ricovero perdeva ogni diritto, non era visto come un paziente da curare ma come una persona da custodire e da contenere e la società non considerava in alcun modo i suoi bisogni e i suoi diritti.

Negli ospedali psichiatrici, venivano utilizzati senza alcun consenso, l'elettroshock, il coma insulinico e farmaci sperimentali come la cloropromazina che permetteva di ridurre le crisi violente dei ricoverati.

L'art. 1 della legge 36 del 1904 stabiliva "... debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette da alienazione mentale, qualunque sia la causa, quando siano pericolose per se e per gli altri o riescano di pubblico scandalo e non siano e non possono essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi.

Pertanto il soggetto psichiatrico era ricoverato sulla base del concetto "*pericoloso per sé e per gli altri o di pubblico scandalo*", questo a precisare che il manicomio aveva carattere di controllo sociale etico e morale.

I ricoverati in manicomio inoltre, destinati a rimanerci per molto tempo perdevano la capacità giuridica ed erano ritenuti automaticamente incapaci di intendere e di volere.

Le nuove conoscenze scientifiche, l'evoluzione socio-politica ed ideologica influenzarono fortemente la riforma della normativa e finalmente alla fine degli

anni 70 si iniziò ad assistere ad un epocale cambiamento culminato con la legge del 13.5.1978, n. 180 “*accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori*”, integrata dalla legge del 21.12.1978, n. 833, “*istituzione del servizio nazionale*” che modificò le regole alla base del trattamento dei pazienti psichiatrici ma soprattutto il concetto di malattia di mente.

Il paziente psichiatrico non è più una persona da rinchiodere, a tempo indefinito, in strutture appositamente costruite lontane dagli ospedali, bensì da curare, possibilmente per brevi periodi, in regime di ricovero in reparti collocati presso gli ospedali di medicina generale.

13.3 Fonti normative di riferimento

ESTRATTO DALLA LEGGE 23 DICEMBRE 1978, N. 833 Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (articoli 33, 34 e 35)

Art. 33 (norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari ed obbligatori)

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari. Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura. Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata di un medico. Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate. Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato. L'unità sanitaria locale opera per ridurre il ricorso ai suddetti trattamenti sanitari obbligatori, sviluppando le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria ed i rapporti organici tra servizi e comunità.

Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio, l'infermo ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio. Sulle richieste di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato.

Art. 34 (accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale):

La legge regionale, nell'ambito della unità sanitaria locale e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, disciplina l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale. Le misure di cui al secondo comma dell'articolo precedente possono essere disposte nei confronti di persone affette da malattia mentale. Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi territoriali extraospedalieri di cui al primo comma.

Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere.

Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui al terzo comma dell'articolo 33 da parte di un medico della unità sanitaria locale e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel presente comma.

Nei casi di cui al precedente comma il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali, in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale comprendenti anche i presidi e i servizi extraospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica. I servizi ospedalieri di cui al presente comma sono dotati di posti letto nel numero fissato dal piano sanitario regionale.

Art. 35 (procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale e tutela giuri-

sdizionale):

Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, da emanarsi entro 48 ore dalla convalida di cui all'articolo 34, quarto comma, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'articolo 33, terzo comma, e dalla suddetta convalida

deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di questo ultimo comune, nonché al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno, e al consolato competente, tramite il prefetto.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico della unità sanitaria locale è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

Il sanitario di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare.

Qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell'infermo.

La omissione delle comunicazioni di cui al primo, quarto e quinto comma del

presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.

Entro il termine di trenta giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma del presente articolo, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonché al pubblico ministero.

Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni.

Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo avere assunto le informazioni e raccolto le prove disposte di ufficio o richieste dalle parti.

I ricorsi ed i successivi procedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.

13.4 Modalità di esecuzione del Trattamento Sanitario Obbligatorio

Il trattamento sanitario obbligatorio (T.S.O.) è una procedura sanitaria mediante la quale è possibile ricoverare coattivamente un soggetto in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC).

Ai sensi della normativa suddetta un TSO può essere messo in pratica soltanto

quando sono contemporaneamente presenti le seguenti condizioni cliniche:

- presenza di un disturbo psichiatrico che necessita di urgenti ed improcrastinabili interventi terapeutici;
- rifiuto del trattamento sanitario da parte del soggetto;
- l'esistenza di condizioni e circostanze che non consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra-ospedaliere.

Le modalità di esecuzione di un trattamento sanitario obbligatorio, che, nel rispetto della tutela giurisdizionale del soggetto, coinvolge numerose figure professionali, sono così schematizzabili:

- a) *la proposta* di ricovero deve essere motivata, da parte di un medico, anche non dipendente di struttura pubblica che dopo aver visitato il soggetto rediga una certificazione medica;
- b) *la convalida* deve essere data da parte di un medico, appartenente al Servizio Sanitario Nazionale, il quale dopo aver visitato il paziente certifica che per le condizioni cliniche il paziente necessita di un trattamento sanitario obbligatorio. Si deve precisare che la legge non richiede al secondo medico una specifica specializzazione, impone soltanto che questi sia dipendente ed appartenente al SSN.
- c) i certificati, entro 48 ore, devono essere inoltrati al **Sindaco** (in qualità di massima autorità sanitaria del territorio) del Comune di residenza del paziente che emette relativa ordinanza con la quale si rende esecutivo il provvedimento;
- d) il Sindaco, a sua volta ha l'obbligo di inviare il provvedimento di T.S.O. al **Giudice Tutelare** competente entro le prime 48 ore del ricovero, quest'ultimo, assunte tutte le informazioni del caso, convalida e **notifica** il provvedimento al sindaco ed informa il personale sanitario del reparto. La mancata convalida del provvedimento da parte del Giudice Tutelare fa decadere il T.S.O. mediante disposizione del Sindaco e la mancata notifica espone gli operatori sanitari del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) a condanna per il reato di sequestro di persona.
- e) La durata del T.S.O. è fissata in **sette giorni rinnovabili**, alla scadenza, dal Sindaco con convalida del Giudice Tutelare, su richiesta motivata del Dirigente sanitario della Unità operativa.
- f) La cessazione del T.S.O. si realizza se viene a mancare anche solo una delle condizioni sopradette e deve essere comunicata al Sindaco e di que-

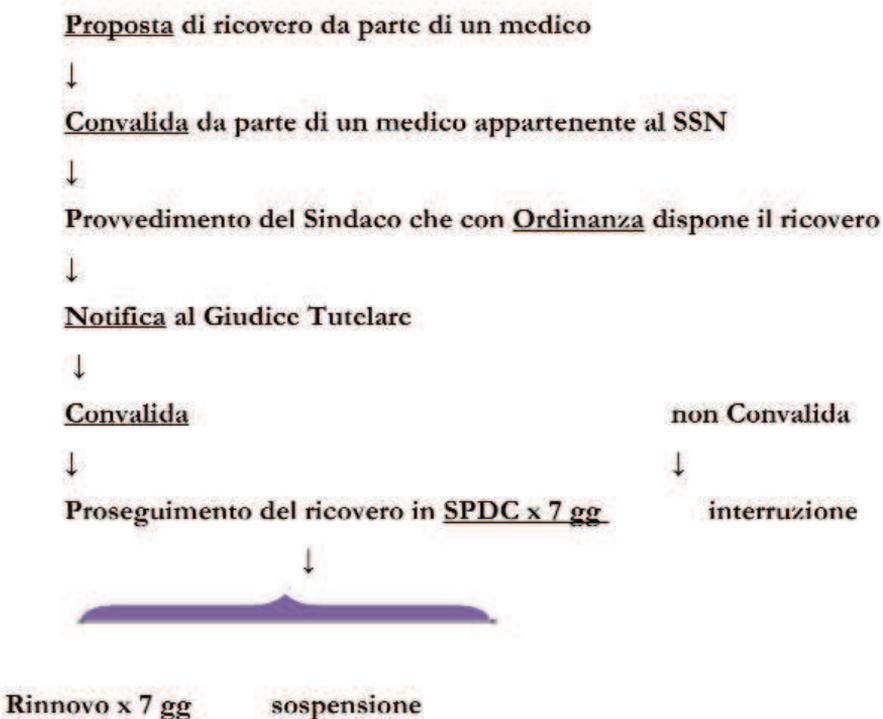
st'ultima evenienza deve essere informato anche il Giudice Tutelare.

Riassumendo il Trattamento Sanitario Obbligatorio è un evento straordinario, finalizzato alla tutela della salute mentale del paziente e non deve essere considerato come una misura di difesa sociale.

Viene proposto e convalidato dall'autorità sanitaria, disposto dal Sindaco del comune in cui si trova il paziente, garantito dall'Autorità Giudiziaria (Giudice tutelare) ed eseguito da personale medico e infermieristico assistito dalla Polizia Municipale.

Una volta attivato deve essere sempre ricercato, con ogni iniziativa possibile, il consenso del paziente ad un trattamento sanitario di tipo volontario.

Il trattamento sanitario obbligatorio può essere schematicamente così rappresentato:



XIV

Capitolo

ELEMENTI DI DIRITTO DEL LAVORO

Scorgendo gli articoli della nostra Carta Costituzionale, non può non notarsi come il lavoro rivesta un'importanza preminente nel nostro ordinamento, "*L'Italia è una Repubblica democratica, fondata sul lavoro*", recita infatti il primo degli articoli della Costituzione. Il lavoro che, leggendo le altre norme costituzionali, viene definito quale diritto e dovere di ogni cittadino¹ tanto da far sì che sia compito dello Stato rimuovere tutte quelle condizioni di ostacolo che non permettano l'esercizio di tale diritto al fine di consentire ad ogni cittadino di poter partecipare al progresso materiale e/o spirituale della società.

Il diritto del lavoro è quindi quel complesso di norme che disciplina il rapporto di lavoro, tutelando non solo l'interesse economico ma anche e soprattutto la personalità, la libertà e la dignità del lavoratore.

Il lavoro dell'uomo rileva difatti sia sotto un aspetto economico che giuridico: per quanto concerne il primo si fa riferimento a tutte quelle attività materiali o intellettuali che comportino una spendita di energie idonee a soddisfare l'altrui bisogno con la produzione o lo scambio di un bene o servizio. Per quanto riguarda l'aspetto giuridico invece l'attenzione viene posta sul rapporto che si instaura tra chi svolge l'attività lavorativa e chi invece beneficia e si avvantaggia di tale prestazione. Il rapporto di lavoro così delineato può avere natura autonoma o subordinata. Nel primo caso, ex art. 2222² e seguenti del codice civile, l'individuo presta la propria attività lavorativa, con mezzi propri e senza il vincolo della

¹ Art. 4 Cost: «La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto. Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società»

² Art. 2222 c.c.: «Quando una persona si obbliga a compiere verso un corrispettivo un'opera o un servizio, con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente, si applicano le norme di questo Capo, salvo che il rapporto abbia una disciplina particolare nel Libro IV»

subordinazione, a favore del cosiddetto committente che in cambio corrisponderà il “prezzo” dell’attività svolta (esempio: l’idraulico, il parrucchiere, l’architetto); nel secondo caso invece si instaura tra i due soggetti del rapporto un vincolo di subordinazione, di cui ampiamente si tratterà nel proseguo. Il diritto del lavoro quindi disciplina il summenzionato rapporto ed in particolar modo il lavoro cosiddetto subordinato ove l’attività lavorativa viene svolta dall’individuo sotto la direzione, il controllo e alle dipendenze di un altro soggetto definito “datore di lavoro”.

Facilmente intuibile come all’interno di questo rapporto confluiscono interessi diversi e spesso contrastanti che non possono non essere composti se non con il ricorso alle norme.

Nel diritto del lavoro rientrano quindi sia le norme che regolamentano il predetto rapporto, le norme inerenti il diritto sindacale che quelle concernenti la previdenza sociale.

Tralasciando volutamente il lavoro autonomo sopra ricordato, la trattazione verterà quindi sull’analisi del rapporto di lavoro subordinato.

La definizione di rapporto subordinato e la sua disciplina vengono offerte dall’art. 2094 c.c. che recita: «È prestatore di lavoro subordinato chi si obbliga mediante retribuzione a collaborare nell’impresa, prestando il proprio lavoro intellettuale o manuale alle dipendenze e sotto la direzione dell’imprenditore». Il rapporto di lavoro sorge quindi da un contratto, inteso quale incontro di due volontà: quella del lavoratore di offrire la propria energia lavorativa dietro il pagamento della retribuzione e quella del datore di lavoro di ricevere attività lavorativa altrui, per il perseguimento dei fini della propria impresa, pagandone il relativo “prezzo”.

Preme sottolineare che, comunque, il contratto di lavoro subordinato non ha una specifica definizione codicistica poiché, come visto, la norma si limita a specificare e disciplinare il rapporto. A onor del vero la Cassazione con più pronunce (Cass. 2165/69, 1370/74, SS.UU. 3372/72, 4149/86) ha ormai affermato che il rapporto di lavoro possa sorgere ed intercorre tra le parti anche per fatti conclusivi rivelatori della inequivocabile volontà delle parti sostanziante il tacito accordo intercorso, non è quindi indispensabile che vi sia la necessaria formalizzazione in un contratto scritto.

Le caratteristiche della subordinazione risiedono nella collaborazione del lavoratore che viene quindi inserito nell’attività produttiva del datore di lavoro

senza l'assunzione però del rischio di impresa e l'assoggettamento dello stesso alle dipendenze e direttive del datore di lavoro. Negli ultimi anni la giurisprudenza ha inoltre enucleato degli indici da cui desumere, a prescindere dalla qualificazione giuridica che le stesse parti (lavoratore e datore di lavoro) abbiano dato al rapporto, la natura subordinata del rapporto di lavoro e questi sono: l'inserimento del lavoratore nell'organizzazione produttiva dell'azienda del datore di lavoro, l'utilizzo dei mezzi e dei beni messi a disposizione dal datore di lavoro, la continuità della prestazione, il dovere di rispettare un orario di lavoro stabilito e predeterminato, il pagamento a cadenza fissa della retribuzione, le direttive e il coordinamento dell'attività lavorativa dato dal datore di lavoro, l'assoggettamento del lavoratore al potere disciplinare del datore di lavoro e, in ultimo, l'assenza in capo al lavoratore del rischio di impresa.

Naturalmente dal citato rapporto discendono doveri e di riflesso diritti del lavoratore e del datore di lavoro. Il datore di lavoro ha l'obbligo di corrispondere la retribuzione ed il trattamento di fine rapporto (TFR). La retribuzione è il "prezzo" che il datore di lavoro paga al lavoratore per l'attività lavorativa prestata, è più propriamente il compenso che spetta al lavoratore che, parafrasando l'art. 36 della Costituzione, deve essere proporzionato alla quantità e qualità della prestazione e, in ogni caso, sufficiente ad assicurare allo stesso e alla sua famiglia una esistenza libera e dignitosa.

Il datore di lavoro ha altresì il cosiddetto obbligo di sicurezza, ovvero sia di tutelare le condizioni di lavoro e l'integrità fisica e la personalità morale del prestatore di lavoro ex art. 2087³ c.c. . Il datore di lavoro deve quindi, nello svolgimento dell'attività di impresa, rispettare le norme igienico-sanitarie in materia e adoperarsi altresì per la prevenzione degli infortuni sul lavoro in modo da non compromettere o ledere il diritto alla salute del lavoratore, alla sua integrità fisica ed anche psichica (a riguardo si sottolinea che nelle cause di mobbing viene spesso richiamato il predetto articolo). Connesso a tale obbligo di tutela vi è anche l'obbligo di sottoporre il lavoratore ad accertamenti sanitari sia prima dell'assunzione che in costanza di rapporto di lavoro, quando l'attività lavorativa lo richieda.

In capo al datore di lavoro vi è anche l'obbligo della tutela assicurativa e previdenziale del lavoratore che viene assolto mediante il versamento della contri-

³ Art. 2087 cc: «L'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro»

buzione agli istituti di previdenza ed assistenza affinché il lavoratore riceva opportuna tutela in caso di malattia, maternità e possa avere una pensione al momento della cessazione dell'attività lavorativa.

Incombe in fine, sul datore di lavoro il cosiddetto obbligo di informazione, ovvero si deve comunicare al lavoratore in ordine alla sua qualifica, mansione, ai periodi di ferie *et cetera*.

Il lavoratore d'altro canto, invece, ha come obbligo principale quello di svolgere la propria attività lavorativa in favore del datore di lavoro e nel fare questo ha altresì l'obbligo di diligenza, fedeltà ed obbedienza.

La prima può essere definita come attenzione, premura e cura del lavoratore nell'espletamento del proprio lavoro che fanno sì che questo sia puntuale, regolare ed esatto. La fedeltà è l'obbligo del lavoratore ispirato ai concetti di correttezza e buona fede posto a tutela dell'interesse del datore di lavoro o dell'impresa e che si sostanzia nel divieto di concorrenza e nell'obbligo di riservatezza. L'obbligo di obbedienza infine che, discendendo dal potere direttivo del datore di lavoro, consiste nell'osservare gli ordini e le disposizioni impartiti al fine del raggiungimento dello scopo dell'impresa.

Come precedentemente accennato, fonte del rapporto di lavoro è il contratto, stante la concordanza della dottrina prevalente e della giurisprudenza, nell'attribuire al rapporto di lavoro subordinato la natura contrattuale. È necessario quindi che le parti, il lavoratore ed il datore di lavoro, concordino e si accordino in ordine allo scambio tra attività lavorativa e retribuzione. Data la peculiarità del rapporto e dei diritti sottesi assunti a rango costituzionale, occorre precisare che, in questo caso, l'autonomia negoziale (capacità riconosciuta ai privati di regolamentare i propri interessi meritevoli di tutela mediante gli strumenti apprestati dall'ordinamento) è ridotta. I caratteri del contratto di lavoro sono dunque: l'onerosità (la necessaria previsione della retribuzione), la sinallagmaticità (contratto a prestazione corrispettive) e commutatività (le prestazioni e le controprestazioni sono determinate dai contratti collettivi nazionali) da cui discende anche il fatto che il rapporto è etero - determinato poiché disciplinato oltre che dal contratto collettivo, a cui il contratto individuale può derogare solo in *melius*, da leggi.

Ovviamente preme precisare che, per quanto riguarda la formazione del rapporto, è necessario che il lavoratore abbia raggiunto il sedicesimo anno di età, avendo la legge 296 del 2006 elevato a tale età il termine di durata dell'istruzione obbligatoria.

In ordine allo svolgimento del rapporto di lavoro, si specifica la disciplina dell'orario di lavoro che permette di stabilire sia la durata dell'attività lavorativa sia la corrispondente relativa retribuzione. A tal riguardo si precisa che l'orario di lavoro cosiddetto normale o medio consiste in 40 ore settimanali (art. 3 D.lgs. 66/2003), la contrattazione collettiva può stabilire o una durata inferiore o garantire il suddetto monte ore in riferimento ad un certo periodo di tempo: si può quindi avere sempre la durata di 40 ore settimanali ma con una settimana lavorativa ridotta (la c.d. settimana corta, di solito 5 gg) o il rispetto delle 40 ore osservato non settimanalmente ma in un arco di tempo che può avere una durata massima fino ad un anno (orario multiperiodale). Viene però dalla legge comunque fissato quello che è l'orario di lavoro massimo settimanale comprensivo delle ore straordinarie, ovverosia 48 ore, anche in questo caso deve essere condotta una valutazione flessibile su un determinato arco di tempo.

Come si è visto, in ordine alla durata lavorativa, si è fatto riferimento alle ore settimanali, poiché in realtà il D.lgs. 66/2003 nulla specifica in merito alle ore giornaliere, diversamente dal diritto al riposo del lavoratore. Il predetto decreto infatti precisa che il lavoratore ha diritto ad un riposo di 11 ore consecutive ogni 24 ore. Oltre al riposo giornaliero viene contemplato anche il riposo settimanale ogni 7 gg, di regola, di almeno 24 ore consecutive (di norma la domenica) che si vanno a sommare con le 11 ore del riposo giornaliero. **Tale diritto è irrinunciabile ai sensi e per gli effetti dell'art. 36 della Costituzione.**⁴ Il predetto articolo inoltre sancisce altresì il diritto del lavoratore di godere delle ferie annuali retribuite e il già menzionato decreto legislativo fissa in almeno in 4 settimane il periodo minimo feriale, di cui almeno due da fruire consecutivamente nell'anno in corso di maturazione e per le restanti due nei 18 mesi successivi al termine dell'anno di maturazione.

Il lavoratore inoltre può usufruire di permessi o congedi e questi possono essere retribuiti come nel caso, per esempio, dei lavoratori che devono sostenere esami universitari o contraggono matrimonio, in questo ultimo caso infatti viene riconosciuto il cosiddetto congedo matrimoniale normalmente di 15 giorni. Si ricordano inoltre, tra gli altri, i congedi e i permessi riconosciuti dalla L.104 del

⁴ Art. 36 Cost: «Il lavoratore ha diritto ad una retribuzione proporzionata alla quantità e qualità del suo lavoro e in ogni caso sufficiente ad assicurare a sé e alla famiglia un'esistenza libera e dignitosa. La durata massima della giornata lavorativa è stabilita dalla legge. Il lavoratore ha diritto al riposo settimanale e a ferie annuali retribuite, e non può rinunziarvi»

1992 sia per il lavoratore disabile (due ore di permesso giornaliero o tre giorni al mese) sia per i familiari dello stesso (tre giorni al mese) o per i genitori di figli minori portatori di handicap grave (prolungamento del congedo parentale per un massimo di tre anni o tre giorni al mese o due ore al giorno).

Per conoscenza si ricordano altresì i congedi parentali, viene difatti riconosciuto dall'ordinamento il diritto di entrambe i genitori di usufruire di periodi di astensione dal lavoro che possono essere a loro volta obbligatori (congedo di maternità o di paternità) o facoltativi (congedi parentali). In primis merita menzione appunto il congedo di maternità della lavoratrice per un periodo di 5 mesi, di cui due mesi prima del parto e tre dopo la nascita del figlio. Ferma tale regola generale, è però possibile per la donna, qualora attestati con certificazione medica che non vi siano controindicazioni, lavorare fino ad un mese prima della data presunta del parto e proseguire il congedo per quattro mesi dopo la nascita del bambino. Nel caso invece in cui la particolarità dell'attività svolta possa nuocere alla madre e al bambino, la lavoratrice può astenersi anche fin dai primi mesi di gravidanza qualora non possa essere impiegata in mansioni meno gravose e pericolose per il proprio stato. In alternativa alla madre, anche il padre può richiedere il congedo di paternità per un periodo pari ai tre mesi dopo la nascita del figlio, qualora la madre sia morta, gravemente malata o vi sia stato l'affidamento esclusivo del neonato.

Decorso il periodo di astensione obbligatoria è possibile per i genitori usufruire anche di altri 10 mesi di congedo; trattasi di astensione facoltativa ed è questo un diritto riconosciuto sia al padre che alla madre da esercitarsi alternativamente nei primi otto anni di vita del bambino. Nell'ipotesi del congedo obbligatorio l'indennità spettante è pari all'80% della retribuzione, nel congedo facoltativo è del 30%.

Or dunque, avendo delineato sinteticamente alcuni aspetti dello svolgimento del rapporto di lavoro l'attenzione deve esser posta sul procedimento disciplinare che si apre a carico del lavoratore qualora disattenda quelli che sono i suoi doveri. Tra i poteri del datore di lavoro (potere direttivo, di vigilanza e di controllo) vi è appunto anche il potere disciplinare, ovverosia quello di censurare il comportamento del lavoratore e di applicare sanzioni. Tale potere però non viene lasciato al libero arbitrio del datore di lavoro ma è disciplinato dall'ordinamento ed ha specifiche caratteristiche nonché aspetti procedurali. È necessario infatti preliminarmente che sia determinato il codice disciplinare e questo deve essere reso

noto a tutti i lavoratori. Il codice contiene le infrazioni disciplinari e le relative sanzioni, queste ultime possono essere, in ordine alla minore o maggiore gravità dell'infrazione, rispettivamente: il richiamo verbale, l'ammonizione scritta, la multa, la sospensione dal lavoro con sospensione della retribuzione ed infine il licenziamento c.d. disciplinare. Naturalmente la sanzione deve essere proporzionata all'infrazione.

Il procedimento disciplinare è scandito da alcune fasi: contestazione dell'addebito, instaurazione del contraddittorio e determinazione del datore di lavoro. Nella prima fase il datore di lavoro, nell'immediatezza del fatto, contesta al lavoratore per iscritto (ad esclusione delle infrazioni punibili con il richiamo verbale) la violazione del codice disciplinare o la censura della condotta tenuta dal lavoratore, questi entro 5 giorni dal ricevimento della contestazione può proporre le proprie giustificazioni, argomentazioni o quanto ritiene utile alla propria difesa. Il datore di lavoro non può infatti applicare alcuna sanzione prima che sia decorso il termine di difesa del lavoratore (5 giorni dal ricevimento della contestazione), dopodiché il datore di lavoro deciderà o meno se applicare la sanzione, avverso la sanzione il lavoratore può ricorrere al Giudice del lavoro.

Quanto sin qui brevemente ricordato, come visto, concerne solo alcuni dei molteplici argomenti inerenti il rapporto di lavoro ed il suo svolgimento, che si conclude, termina, oltre che con il pensionamento anche con le dimissioni del lavoratore o con il licenziamento. Nel caso delle dimissioni, il lavoratore se ha un contratto a tempo determinato potrà recedere dal contratto solo per giusta causa, mentre se il contratto è a tempo indeterminato allora potrà recedere in ogni momento purché rispetti il periodo di preavviso che è stabilito dalla contrattazione collettiva a meno che, non ricorra una giusta causa. Si ricorda che le dimissioni della lavoratrice durante la gravidanza o durante il primo anno di vita del figlio devono essere convalidate dalla Direzione provinciale del lavoro.

Discorso diverso deve esser fatto per quanto riguarda il licenziamento, questo può essere collettivo o individuale. Nel primo caso vengono interessati una pluralità di lavoratori, in ragione della necessità del datore di lavoro di far fronte a difficoltà dell'impresa ed alla sua riorganizzazione mediante la soppressione di posti di lavoro che si realizza dopo un'articolata procedura. Per quanto concerne invece il licenziamento individuale si segnala che dopo il c.d. collegato lavoro (L.183/2010) la libera recedibilità del datore di lavoro è esercitabile solo in rare ipotesi (dirigenti, lavoratori in prova, lavoratori domestici). Il licenziamento deve

essere infatti sostanziato da un'adeguata motivazione, ovverosia deve essere per giusta causa o giustificato motivo; la prima parafrasando l'art. 2119 c.c. è quella causa che non consente neanche provvisoriamente la prosecuzione del rapporto di lavoro, mentre il giustificato motivo consiste nell'inadempimento da parte del lavoratore agli obblighi contrattuali (giustificato motivo soggettivo) o per fatti inerenti all'attività di impresa, alla sua produzione o riorganizzazione (giustificato motivo oggettivo). Il licenziamento deve essere comunicato al lavoratore per iscritto e deve contenere le motivazioni; qualora il lavoratore ritenga che è illegittimo può impugnare il licenziamento entro 60 giorni dal suo ricevimento mandandone comunicazione al datore di lavoro ma perché tale impugnazione sia efficace è necessario che nei successivi 180 giorni proponga ricorso al Tribunale in funzione di Giudice del Lavoro.

XV

Capitolo

NORMATIVA DELL'ESERCIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

SOMMARIO: 15.1 Aspetti legislativi e contrattuali delle professioni sanitarie. - 15.2 Formazione all'esercizio delle professioni sanitarie. - 15.3 Ordini professionali, albi e relativi codici deontologici - 15.4 Aspetti generali sulle professioni sanitarie: 15.4.1 Professioni sanitarie infermieristiche e di ostetrica; 15.4.2 Professioni sanitarie della Riabilitazione; 15.4.3 Professioni tecnico sanitarie dell'area diagnostica; 15.4.4 Professioni tecnico sanitarie dell'area tecnico assistenziale; 15.4.5 Le professioni tecniche della prevenzione.

15.1 Aspetti legislativi e contrattuali delle professioni sanitarie

La normativa in materia di professioni sanitarie fonda le sue radici nel Testo Unico delle leggi sanitarie del 1934 (R. D. n. 1265/1934), che distingueva gli operatori nel campo

della sanità in tre categorie. Nella prima categoria erano ricomprese le professioni sanitarie principali, cioè tutte quelle professioni per cui è richiesto il diploma di laurea, quindi il medico chirurgo, il veterinario ed il farmacista, nella seconda categoria erano distinte le professioni sanitarie ausiliare, quali la levatrice, l'assistente sanitaria visitatrice e l'infermiera diplomata, e nella terza categoria erano elencate le arti ausiliare delle professioni sanitarie, che erano rappresentate dall'odontotecnico, l'ottico, il meccanico ortopedico, l'ernista, il tecnico sanitario di radiologia medica e l'infermiere abilitato o autorizzato. Solamente nel 1985 viene aggiunta nella prima categoria la figura professionale dell'odontoiatra.

Con il passare del tempo a causa di nuove esigenze e dei mutamenti sociali, alcune delle figure professionali sanitarie si sono evolute, altre sono scomparse e

nuove si sono aggiunte, fino ad arrivare all'attuale classificazione in campo sanitario in quattro categorie per un totale di 22 nuove figure.

La necessità di adeguamento allo sviluppo scientifico e tecnologico della sanità e ai bisogni di una nuova organizzazione del lavoro, nonché l'esigenza di integrazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nell'ambito dell'Unione Europea (U. E.), avvia una profonda riforma delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione e della professione ostetrica sia sul piano dell'ordinamento legislativo sia di quello formativo.

Ad iniziare dagli anni 80, anche sull'esperienza di altri Paesi Europei, per lo più anglosassoni, e accogliendo le raccomandazioni in materia del Consiglio d'Europa, in Italia si prende coscienza della necessità di riformare nel processo formativo e nelle funzioni l'insieme dei profili sanitari indicati come professioni sanitarie ausiliare e arti sanitarie.

I punti cardine di questo processo di innovazione delle professioni sanitarie sono: il requisito della maturità per accedere ai corsi ed il loro passaggio all'università; l'eliminazione dell'attributo "ausiliaria" nel termine di professione sanitaria; l'istituzione di servizi infermieristici e delle altre professioni; l'adozione di nuove modalità organizzative non più medico-centriche; l'istituzione di albi ed ordini per tutte le professioni sanitarie.

Nel 1992, con il Decreto legislativo (Dlgs n. 502/92), si mettono le basi per la struttura portante della riforma delle professioni sanitarie, inserendo il 3° comma dell'art. 6, che nel trasferire la formazione all'Università, la fa svolgere all'interno del SSN con docenti da questo dipendenti ed affida al Ministero della Salute il compito di individuare i profili sanitari.

La fonte normativa iniziale, da cui prende origine l'attuale sistema di regolamentazione delle professioni sanitarie, quindi, può essere individuato nel Dlgs n. 502/92, che, anche ad integrazione ed adeguamento dell'impianto del SSN (L. n. 833/78), come già accennato, stabilisce che è compito del Ministero della Sanità individuare e regolamentare i profili professionali dell'area sanitaria e trasferisce la formazione dalla sede regionale a quella universitaria, inserendola nella Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Successivamente al Dlgs del 1992, viene varata la Legge n. 42/99 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie", che abolisce la denominazione "professione sanitaria ausiliaria", sostituendola con la denominazione "professione sanitaria".

L'abolizione del termine "ausiliario" ha fatto sì che la vigilanza dello Stato, di cui si è accennato in precedenza, si sia estesa a tutte le 22 professioni sanitarie. Vista la delicatezza della materia (la tutela della salute dell'individuo, tra l'altro principio garantito dalla Costituzione all'art. 32), la vigilanza dello Stato deve ricadere, quindi, oltre che sulla professione del medico chirurgo, del veterinario e del farmacista, sulle nuove professioni sanitarie, ciò attraverso l'introduzione di alcuni indispensabili requisiti (per non incorrere ad es. nel reato di esercizio abusivo della professione art. 348 Cod. Penale). Per l'esercizio di una professione sanitaria, nel senso più ampio del termine, pertanto è necessario avere:

- il titolo di laurea,
- l'abilitazione di stato all'esercizio della professione;
- l'iscrizione ad un Ordine (es. i medici) o ad un Collegio (es. infermieri);
- la registrazione del diploma di abilitazione presso l'Ufficio competente del Comune di residenza dove si intende esercitare.

Tali requisiti sono necessari per esercitare la professione:

A. in strutture sanitarie sia pubbliche che private, compresi gli studi medici, che tramite propri organi e sotto la propria responsabilità possono controllare la valenza del professionista al momento dell'assunzione;

B. per il privato cittadino, il quale come utente di una prestazione medico-sanitaria, rivolgendosi ad un professionista, può controllare se questi sia effettivamente un esercente una professione sanitaria.

Oggi, con l'integrazione politica ed economica del Vecchio Continente, chi è in possesso dei requisiti sopraelencati può esercitare la propria professione sanitaria in qualsiasi Stato della Comunità Europea. Il professionista sanitario dovrà comunque dimostrare nel Paese dove intende esercitare di essere abilitato ed iscritto ad un Ordine professionale e comprovare tramite opportuna certificazione la sua buona condotta e l'effettivo esercizio professionale nel paese d'origine.

L'art. 1, al comma 2, recita: "Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo

sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali”.

La Legge n. 42/99 rappresenta la seconda fase della riforma. Il cammino riformatore trova una sua ulteriore tappa nella Legge n. 251/00 sulla "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica".

La legge recita all'art. 1, comma 1, in riferimento alle professioni di infermiere e di ostetrica: "Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza".

Al comma 2 dell'art. 1 viene specificato che lo Stato e le Regioni hanno il compito di promuovere, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristiche ed ostetriche, al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel SSN, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'UE. Il comma 3, inoltre, specifica che il Ministero della Sanità, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ha il compito di emanare le linee guida per l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni e la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata.

Nei successivi art. 2 e 3 della Legge n. 251/00 concetti e criteri simili sono riportati per le altre aree professionali.

In base a tale Legge le figure professionali operanti nel campo della sanità sono raggruppate in quattro categorie, coincidenti con le classi di Laurea triennale e specialistica:

- 1. professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica;**
- 2. professioni sanitarie riabilitative;**
- 3. professioni tecnico-sanitarie, rientranti nell'area tecnico-diagnostica e nell'area tecnico-assistenziale;**

4. professioni tecniche della prevenzione.

Il D. M. del 29 marzo 2001 specifica le differenti figure professionali per ciascuna categoria:

- professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica:

1. infermiere;

2. ostetrica/o;

3. infermiere pediatrico;

- professioni sanitarie riabilitative:

4. podologo;

5. fisioterapista;

6. logopedista;

7. ortottista-assistente di oftalmologia;

8. terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva;

9. tecnico della riabilitazione psichiatrica;

10. terapeuta occupazionale;

11. educatore professionale;

- area tecnico-diagnostica:

12. tecnico audiometrista;

13. tecnico sanitario di laboratorio biomedico;

14. tecnico sanitario di radiologia medica;

15. tecnico di neurofisiopatologia;

- area tecnico-assistenziale:

16. tecnico ortopedico;

17. tecnico audio-protesi;

18. tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e della perfusione cardiovascolare;

19. igienista dentale;

20. dietista;

- professioni tecniche della prevenzione:

21. tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro;

22. assistente sanitario.

Il quadro normativo così introdotto in fasi cronologiche successive, quindi, rileva che ciascuna delle 22 professioni sanitarie è una professione autonoma (art. 1 L. n. 52/99 e art. 1, comma 1, L. n. 251/00), essendo stata abrogata, come già detto, la definizione di "professione sanitaria ausiliaria" (ex art. 1, comma 1).

L'oggetto della professione è rappresentato dalle attività dirette alla prevenzione, alla cura e alla salvaguardia della salute individuale e collettiva (art. 1, comma 1, L. n. 251/00), le funzioni proprie della professione sono definite dalle norme istitutive dei relativi profili professionali e dagli specifici codici deontologici utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza (art. 1, comma 1, L. n. 251/00).

Pertanto, i criteri per la determinazione delle competenze proprie della professione infermieristica e di ostetrica ed per analogia delle altre professioni sanitarie, si sostanzia-no nel criterio guida, introdotto dall'art. 1, comma 1, L. n. 251/00, che preordina la professione allo svolgimento delle attività dirette alla prevenzione, alla cura e alla salvaguardia della salute individuale e collettiva, e i criteri limite, previsti dall'art. 1, L. n. 42/99, e dall'art. 1, L. n. 251/00, rappresentati dai profili professionali, dall'ordinamento universitario e formativo post-base e dai codici deontologici.

15.2 Formazione all'esercizio delle professioni sanitarie

La valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni sanitarie passa quindi per l'attività legislativa e amministrativa dello Stato e delle re-gioni. Attività che deve essere realizzata nel rispetto della competenza propria della professione e dell'evoluzione dei processi formativi, definiti dalle istituzioni universitarie.

Con la nuova normativa, le professioni sanitarie non sono più subordinate alla professione medica, ma vedono riconosciuta la propria autonomia professionale, come una normale professione intellettuale. E' la complessità quotidiana del funzionamento degli ospedali, in particolare nell'ambito del sistema dell'emergenza e dell'urgenza sanitarie, che dimostra come l'agire in integrazione, collaborazione e cooperazione tra il medico, l'infermiere e gli altri professionisti della salute sia alla base dell'organizzazione del lavoro.

Tale normativa, quindi, prevede che alcune funzioni svolte da laureati in medicina e chirurgia possono essere svolte dagli altri "laureati sanitari", senza che si cada nel reato di esercizio abusivo della professione medica. In tal senso, la normativa regionale ha in alcuni casi conferito, nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria, all'infermiere una specifica competenza che in particolari situazioni può comportare sia l'effettuazione di atti assistenziali e curativi salvavita, sia essere

in grado di dare corso ad un primo inquadramento diagnostico a seguito di una specifica formazione e nel rispetto di protocolli operativi stabiliti dal personale medico. Lo stesso dicasi per tutte le altre professioni sanitarie, come per esempio in ostetricia alla quale viene riconosciuto un ruolo importante e primario nel parto naturale.

Le leggi n. 42/99 e n. 251/00 segnano, quindi, il definitivo abbandono del ruolo "residuale" proprio di tali professionisti, riconoscendogli pari dignità rispetto alle già esistenti professioni della salute.

La Legge n. 43/06 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, delega al Governo l'istituzione dei relativi ordini professionali", sancisce una nuova articolazione delle professioni al loro interno in riferimento alla acquisizione di titoli universitari: professionista, professionista specialista, professionista coordinatore, professionista dirigente.

Tale Legge completa un lungo percorso teso a restituire autonomia, responsabilità e adeguato riconoscimento alle professioni sanitarie non mediche. Tale iter porta le professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione ad avere il proprio Ordine professionale, delegando il Governo a trasformare i collegi esistenti in propri Albi, regolamenti ed in caso di violazione di quest'ultimi all'emanazione delle relative sanzioni.

L'esercizio delle suddette professioni sanitarie diviene subordinato al conseguimento del titolo universitario rilasciato a seguito di esame finale con valore abilitante all'esercizio della professione. Tale Legge, quindi, completa e riqualifica, integrando quanto già precedentemente stabilito dalla L. n. 42/99, che per prima affermava l'autonomia delle professioni sanitarie, il percorso formativo, aprendo di fatto le porte di accesso ai ruoli dirigenziali.

15.3 Ordini professionali, albi e relativi codici deontologici

Oltre alle leggi dello Stato, che devono essere rispettate da ciascun cittadino, gli Ordini professionali medici (e non solo, si pensi ad es. agli altri Ordini: avvocati, ingegneri, notai, architetti ecc...) hanno emanato o stanno redigendo i propri Codici Deontologici, che contengono le norme comportamentali e i compiti che ciascun iscritto deve seguire e rispettare.

Eventuali violazioni delle norme deontologiche comportano per il professio-

nista iscritto un procedimento disciplinare, con l'eventuale applicazione della relativa sanzione se ritenuto responsabile di comportamenti disdicevoli, soprattutto nei confronti dei pazienti ma anche di colleghi dello stesso Ordine di appartenenza.

I singoli codici deontologici, quindi, hanno valore disciplinare solo nei confronti di chi è iscritto all'albo di un determinato Ordine o Collegio. Tale valore disciplinare nei confronti degli iscritti non può comunque privare questi ultimi della libertà personale, in quanto le uniche norme addette a questo sono contenute nell'ambito del Codice Penale. Ciò non vuol significare che alcune norme deontologiche non possano avere rilevanza anche in campo penalistico.

I nuovi Codici deontologici in campo sanitario ripercorrono nei contenuti gli stessi concetti enunciati dal Codice dei medici, adeguandosi comunque alle nuove professioni sanitarie. Tra i principi cardine vi è l'obbligo di chi esercita in campo sanitario di operare con assoluta rettitudine e libertà a tutela della vita e della salute psico-fisica dell'individuo, alleviando la sofferenza senza giungere agli estremi dell'accanimento diagnostico e terapeutico.

Chi esercita una professione sanitaria deve farlo con diligenza, prudenza e perizia, pre-stando la propria opera, se possibile, nei casi urgenti ed imprevedibili e nei casi di calamità, e mantenendo il "segreto professionale" su tutto ciò di cui viene a conoscenza durante il suo operato.

Lo stesso professionista sanitario ha altresì l'obbligo al continuo aggiornamento delle proprie conoscenze, ad ottenere un valido "consenso" del malato prima di compiere qualsiasi atto medico, a rispettare le norme sull'interruzione volontaria di gravidanza, previste dalla Legge n. 194/78, ad evitare qualsiasi forma di sperimentazione clinica se non nei casi previsti dalla legge.

Le funzioni quindi dei professionisti sanitari, ognuno nel proprio campo, sono pertanto ben definite, sia dalle leggi dello Stato che dai singoli Ordini e/o Collegi Professionali.

Tra i principali compiti previsti da tali organismi troviamo:

la tenuta degli albi professionali, con l'indicazione dei nominativi dei propri iscritti;

la vigilanza sul decoro e sull'indipendenza degli iscritti;

la nomina dei propri rappresentanti anche presso sedi locali (organi provinciali);

l'esercizio del potere disciplinare nei confronti dei propri iscritti,

il potere di dirimere, quando interpellati, eventuali controversie tra professionisti del settore e tra questi ed enti e/o persone, e di rilasciare eventuali pareri.

Eventuali atteggiamenti disdicevoli e mancanze degli iscritti, non solo durante l'esercizio della professione sanitaria ma in senso lato, vengono perciò perseguiti dal proprio Ordine o Collegio provinciale di appartenenza tramite procedimento disciplinare, il quale può essere promosso, a secondo della gravità, sia d'ufficio che su richiesta del Prefetto o del Pubblico Ministero.

Si va quindi da una semplice diffida verbale nei confronti del professionista sanitario tramite un avvertimento, alla censura in forma scritta, per poi arrivare alla sospensione dall'esercizio della professione da uno a sei mesi, sino a giungere, per casi di comportamento o mancanze gravi, alla **radiazione dall'Albo**. Ciò può avvenire quando il sanitario abbia macchiato gravemente la sua reputazione o anche la dignità della classe sanitaria a cui appartiene (es. reati gravi previsti dal codice penale).

La radiazione viene pronunciata in forma scritta nei confronti del diretto interessato, con la possibilità per quest'ultimo di poter chiedere un reinserimento nell'albo (e quindi per poter esercitare nuovamente il suo lavoro) dopo il decorso di anni cinque dalla data del provvedimento o dopo che il professionista sia stato riabilitato a seguito di condanna in sede penale.

Il soggetto radiato può comunque presentare ricorso al Ministero della Sanità avverso il provvedimento di radiazione presso un apposita Commissione e, successivamente, in caso di parere sfavorevole di tale Organo giudicante, presentare nuovo ricorso a-vanti alle sezioni riunite di Cassazione (Magistratura Ordinaria).

L'eventuale esercizio professionale assume il carattere di abusivo (art. 348 Cod. Pen.), quando viene svolto senza averne i requisiti (es. il mancato conseguimento della laurea) o durante il periodo di sospensione e radiazione.

Tale norma prevista dal Codice Penale tutela quindi l'interesse della collettività, in quanto riserva l'esercizio delle professioni sanitarie solo a chi sia culturalmente e moralmente idoneo a svolgerle.

15.4. Aspetti generali sulle professioni sanitarie

15.4.1 Professioni sanitarie infermieristiche e di ostetrica

Infermiere. L'infermiere è un professionista sanitario che dopo il conseguimento

mento della laurea si iscrive al proprio Collegio Provinciale dove intende esercitare ed è responsabile dell'assistenza infermieristica.

Le competenze dell'infermiere non si riducono all'attività di presa in carico e di cura del malato o del disabile, ma si estendono anche alla prevenzione delle malattie, alla gestione del rischio clinico e all'educazione sanitaria. L'intervento assistenziale, anche di concerto con gli altri professionisti sanitari, si concretizza nella pianificazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche, avvalendosi anche di personale ausiliario (OSA), di cui è responsabile.

L'infermiere svolge la professione sanitaria in autonomia con l'obiettivo della salvaguardia della salute individuale e collettiva seguendo criteri scientifici, etici e deontologici e delle norme giuridiche.

La Legge n. 42/99 ha sancito in pieno l'autonomia professionale dell'infermiere, così come la responsabilità, determinando, come detto, il passaggio da attività ausiliaria a professione sanitaria.

Il percorso formativo dell'infermiere prevede: la Laurea triennale in infermieristica, il Master di I livello, la Laurea Magistrale biennale (specialistica in scienze infermieristiche ed ostetriche), il Master di II livello, il Dottorato di ricerca della durata di tre anni.

Nell'attività diagnostica, l'infermiere partecipa alla raccolta dell'anamnesi, si accerta delle condizioni cliniche del paziente e partecipa attivamente allo svolgimento degli esami ematici e strumentali. Nella fase di cura l'infermiere prende in carico il malato, pianificando l'assistenza e l'attività diagnostico-terapeutica. Nel recupero e riabilitazione, al momento delle dimissioni del paziente, questi fornisce materiale informativo e dà le indicazioni sulle norme comportamentali da tenere durante il periodo di convalescenza.

L'infermiere per le funzioni di coordinamento (management) si occupa invece della gestione del personale, delle risorse materiali, dell'aggiornamento professionale e del controllo ambientale.

Tra le specialità infermieristiche il Decreto Ministeriale n. 739/94 rileva 5 settori principali: sanità pubblica, pediatria, salute mentale-psichiatrica, geriatria e area critica. Altresì sono state introdotte nuove figure "specializzate", quali l'infermieristica legale e forense, l'infermiere di triage e di ricerca, il Disaster Manager, per la gestione delle calamità naturali con compiti specifici nella Protezione civile, l'infermieristica bellica, in sala operatoria ecc....

In particolare, l'infermiere di area critica interviene nei casi di compromis-

sione delle funzioni vitali del paziente in stretta collaborazione con il personale medico nel campo delle rianimazione, terapia intensiva, cardiocirurgia e neurochirurgia e al pronto soccorso. Tale professionista può intervenire in autonomia e in collaborazione con il personale medico in tutti i casi critici, dal recupero iniziale fino alla stabilizzazione del paziente.

Anche per tale professione è prevista la laurea triennale o il diploma universitario e l'iscrizione all'albo.

L'attività principale dell'**ostetrica/o** consiste nell'assistenza alla donna in gravidanza, durante il parto e successivamente di assistenza alla madre e al neonato, in autonomia e sotto la sua personale responsabilità, nonché nelle emergenze.

L'ostetrica può anche collaborare, nell'ambito delle proprie conoscenze e competenze, ad interventi di educazione sanitaria e sessuale in ambito familiare e per la collettività, alla preparazione al parto, alla prevenzione dei tumori afferenti alla sfera genitale femminile.

L'ostetrica/o può essere svolgere la propria professione in strutture sanitarie pubbliche o private, sia in regime di dipendente sia come libero-professionista. L'attività dell'ostetrica/o, quindi, viene a svolgersi non solo in quello che può essere considerato il suo luogo naturale, la sala parto, ma anche al domicilio delle gestanti e nei consultori pubblici e privati.

15.4.2 Professioni sanitarie della Riabilitazione

Podologo. Tale professione, la cui regolamentazione è prevista dalla Legge n. 251/2000, art. 2, comma 1, si occupa della cura e prevenzione delle patologie del piede ed è stata inserita tra le lauree triennali della riabilitazione.

Le competenze del podologo sono le asportazioni dei tessuti cheratinici ipertrofici (callosità), la cura delle patologie ungueali, la riabilitazione del passo con l'utilizzo di strumenti ortesici plantari, con tecniche e metodiche di tipo fisioterapico, non invasive. Il podologo ha anche il compito di valutare l'anatomia del piede e la sua funzionalità, cura le verruche plantari su indicazione del medico, esamina lo stato del piede del diabetico medicandone le ulcere.

Il podologo può svolgere attività in strutture pubbliche o private come dipendente o come libero professionista.

Fisioterapista. Il fisioterapista si occupa della prevenzione, diagnosi, cura e

riabilitazione nel campo della motricità, delle funzioni corticali superiori e di quelle viscerali. Cura, avvalendosi anche della collaborazione di altri professionisti, i disturbi causati da eventi patologici congeniti o acquisiti, proponendo programmi di riabilitazione a seconda delle esigenze del singolo paziente.

Si occupa della rieducazione funzionale delle disabilità psicomotorie tramite terapie manuali e massoterapiche; consiglia ai pazienti le protesi più idonee, informandoli sul corretto funzionamento e verificandone di volta in volta la valenza.

Anche tale professione viene svolta in strutture sanitarie pubbliche o private in regime di dipendenza o libero professionale dopo un corso di laurea triennale.

Logopedista e ortottista. Anche il logopedista affronta un percorso universitario triennale (laurea di I° livello). Si occupa della prevenzione, educazione e cura della voce e del linguaggio, dalla crescita sino all'età geriatrica.

L'ortottista svolge la propria attività integrandola con quella dell'oculista. In parti-colare si interessa della valutazione e della riabilitazione dei disturbi visivi ed effettua esami strumentali oculistici.

Tra le sue principali attività ci sono: la prevenzione visiva in età infantile, la valutazione dello strabismo, la riabilitazione degli ipovedenti, potendo, altresì, consigliare a fini preventivi i pazienti affetti da affaticamento visivo (ad es. per i soggetti che lavorano assiduamente al videoterminale).

L'ortottista può svolgere autonomamente l'esame della vista e del senso cromatico, può fare eseguire esercizi ortottici e l'esame computerizzato e manuale del campo visivo e può effettuare esami diagnostici per il glaucoma sia in reparti ospedalieri sia in ambulatori pubblici e privati. Può, inoltre, prestare assistenza in sala operatoria come strumentista.

Terapista della neuro e psicomotricità nell'età evolutiva. Agisce sotto la guida di un medico specialista, anch'esso esperto nella prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie neuropsichiatriche infantili. L'attività del terapista, in regime di libera professione o come dipendente, viene quindi svolta in equipe con altri professionisti dell'area pediatrica.

15.4.3 Professioni tecnico sanitarie dell'area diagnostica

Dottore in tecniche audiometriche. Anche in tale professione è previsto un

per-corso formativo che prevede la laurea triennale presso una Facoltà di Medicina e Chirurgia.

L'attività è incentrata principalmente nella prevenzione, valutazione e riabilitazione delle patologie del sistema uditivo e vestibolare e nella raccolta dei dati anamnestici del paziente, nell'ispezione del canale uditivo esterno e nella esecuzione di esami fonometrici.

In collaborazione con altri professionisti dà direttive nell'ambito di indagini ed esami sull'inquinamento acustico. Può, altresì, scegliere modalità riabilitative audiovestibolari, indicando ai pazienti il percorso di riabilitazione e consigliando caso per caso l'ausilio di impianti o protesi.

Il dottore in tecniche audiometriche, svolge la sua attività in strutture pubbliche e private come libero professionista o in regime di dipendenza, collaborando in particolar modo nei settori della Otorinolaringoiatria, Audiologia e Neonatologia.

Nei settori della Medicina Legale e in Medicina del Lavoro contribuisce alla prevenzione, valutazione e diagnosi delle patologie del sistema uditivo lavorocorrelate.

Tecnico sanitario di radiologia medica. Può operare in autonomia ma principalmente collabora con il medico radiologo, il radioterapista, il medico nucleare e con tutte le figure sanitarie che agiscono nel campo delle radiazioni ionizzanti.

A seguito di laurea triennale di I° livello può esercitare dopo essersi iscritto all'Albo del proprio Collegio provinciale di appartenenza.

Tale professionista, in qualsiasi ambito si trovi, pubblico o privato, utilizzando sorgenti radiologiche, deve lavorare in "zone controllate" e gli viene comunque corrisposta un'indennità professionale specifica.

L'attività del Tecnico Sanitario di Radiologia Medica, su prescrizione medica, ha finalità preventive, diagnostiche o terapeutiche. Tale attività viene effettuata con l'ausilio di apparecchiature più o meno sofisticate per l'effettuazione di esami radiologici.

Nel corso della sua attività deve costantemente rispettare le normative nazionali ed europee in materia di radioprotezione, a tutela sia del paziente che di se stesso.

In abito diagnostico, il tecnico di radiologia accoglie il paziente, spiegando ove possibile il tipo di esame, e provvede alla preparazione dello stesso per l'indagine, posizionandolo nella maniera più consona al fine di una corretta valuta-

zione della parte anatomica interessata.

In ambito terapeutico effettua le stesse procedure ma a fini curativi, effettuando ad esempio terapie radianti su pazienti oncologici.

Nella radiologia interventistica opera in stretta collaborazione con il medico, occupandosi di procedure invasive.

Di fondamentale importanza è il suo ruolo nei trattamenti chirurgici di tipo orto-pedico, coadiuvando il medico nella lettura di immagini radioscopiche durante interventi di riduzione delle fratture ossee.

Tecnico sanitario in neurofisiopatologia. Esegue esami per lo studio del sistema nervoso centrale con metodiche di elettroencefalografia (EEG) e di elettromiografia (EMG). Con la poligrafia del sonno e del sistema neurovegetativo partecipa allo studio della funzione cardiorespiratoria.

L'attività professionale viene svolta prevalentemente negli ospedali, dove tra l'altro svolge gli esami per l'accertamento della morte celebrale, anche ai fini dell'espanto degli organi da cadavere a scopo terapeutico.

Tali operatori, per i quali è prevista la laurea triennale presso una facoltà di Medicina e Chirurgia, afferiscono attualmente all'Associazione Italiana Tecnici di neurofisiopatologia (AITN).

Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico. Svolge attività di analisi biomedica nei seguenti campi: biochimica, microbiologia, anatomia patologica, tossicologia, genetica e biologia molecolare. Esegue analisi su campioni biologici (sangue, urine o reperti operatori) ed è addetto alla manutenzione e all'utilizzo degli strumenti.

Oltre che in ospedali pubblici e cliniche private, dove collabora anche con altre figure sanitarie (es. medici, infermieri ecc.), può trovare occupazione anche presso industrie farmaceutiche, chimiche e alimentari.

Per l'esercizio è necessario un percorso universitario triennale di tipo teorico-pratico con una prova finale scritta che abilita all'esercizio della professione. Come tutte le professioni sanitarie è previsto l'obbligo di una formazione continuativa e di aggiornamento professionale.

15.4.4 Professioni tecnico sanitarie dell'area tecnico assistenziale

Tecnico ortopedico. Si occupa, su indicazione medica, della costruzione,

dell'adattamento e del collaudo di protesi, ortesi e ausili sostitutivi, correttivi e di sostegno dell'apparato locomotore. I tecnici ortopedici, provvedono alla fornitura della protesi su prescrizione medica, addestrandolo quindi il disabile all'utilizzo della stessa.

L'attività professionale può essere svolta in strutture pubbliche o private, come libero professionista o dipendente.

Il tecnico ortopedico deve essere attento, non soltanto alla funzionalità e praticità della protesi impiantata, ma anche alla ripercussione di questa sull'aspetto estetico generale del paziente.

Audioprotesista. Si occupa della prevenzione correzione e riabilitazione delle disfunzioni uditive, mediante l'impianto di dispositivi protesici uditivi. Come per il tecnico ortopedico, l'audioprotesista consiglia il mezzo protesico, lo adatta al paziente e successivamente ne verifica la funzionalità.

L'indagine preliminare sul paziente consiste nel visionare il condotto uditivo, rilevandone l'impronta, dopo averlo sottoposto a test di valutazione protesica. Una volta impiantata la protesi, educa il paziente al corretto utilizzo della stessa e successivamente ne accerta l'effettivo beneficio.

L'attività può essere espletata in regime di dipendenza o come libero professionista, in entrambi i casi di concerto con il medico, ma con ampia autonomia e sotto la sua personale responsabilità.

Tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare (perfusionista). Provvede alla conduzione e manutenzione delle apparecchiature utilizzate nella circolazione extracorporea e nelle tecniche di emodinamica.

Su indicazione medica, nelle sedi opportune (strutture sanitarie pubbliche o private), utilizza, gestisce e valuta il buon funzionamento delle macchine a fini diagnostici emodinamici o sostitutive della funzione cardiocircolatoria naturale.

Il suo operato, di cui è il diretto responsabile, è esclusivamente di natura tecnica e assistenziale. Gli ambiti in cui è più frequentemente richiesta la propria opera sono: cardiocirurgia, chirurgia dei trapianti d'organo e, marginalmente, oncologia.

Igienista dentale. La figura dell'Igienista dentale è regolamentata dal Decreto Ministeriale n. 699/1994. Questo svolge la propria attività in strutture sanitarie pubbliche e private come dipendente o come attività libero professionale, su direttive dei medici chirurghi legittimati all'esercizio dell'odontoiatria o degli odontoiatri.

Si occupa della prevenzione e delle patologie oro-dentali, con l'obiettivo di migliorare la salute orale del paziente sotto il profilo masticatorio, fonatorio ed estetico.

Per esercitare tale professione è necessaria la laurea triennale in igiene dentale. I professionisti al conseguimento della laurea possono fregiarsi del titolo di Dottore in Igiene dentale, ma ad oggi non esistono in tale settore albi od ordini professionali.

L'opera dell'igienista può essere svolta anche senza l'ausilio, le indicazioni e la pre-senza del dentista.

I compiti dell'igienista dentale possono essere così sintetizzati:

collabora alla compilazione della cartella clinica;

effettua la rimozione di placca batterica e tartaro su superfici dentali e implantari, ne effettua la lucidatura manualmente o meccanicamente con appositi strumenti;

consiglia al paziente una corretta alimentazione con lo scopo di preservare la salute dentale e l'utilizzo di metodiche e strumenti per l'igiene orale quotidiana;

segnala al dentista eventuali patologie al fine di procedere agli opportuni interventi;

procede allo sbiancamento dei denti a fini estetici e può prescrivere colluttori o fluoro-profilassi topica domiciliare a scopo curativo.

Dietista. Professionista con laurea triennale di I livello, con possibile arricchimento formativo di II livello, che svolge la propria attività in strutture pubbliche o private in regime di dipendenza o come libero professionista.

Si occupa di soggetti sani o malati elaborando diete tramite una programmazione individuale e/o collettiva finalizzata a favorire una corretta nutrizione ed alimentazione.

Oltre a tale principale attività, il dietista si occupa anche dell'educazione e dell'igiene alimentare, della ricerca scientifica e dell'insegnamento agli aspiranti dietisti.

Rispetto al nutrizionista, il Dottore dietista può trovare occupazione anche nel Servizio Sanitario Nazionale.

L'attività del dietista consiste, quindi, nel lavorare di concerto anche con altre figure sanitarie, come ad esempio il medico, controllando che la dieta da quest'ultimo prescritta venga seguita, e lo psicoterapeuta nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare.

Il dietista, inoltre, può partecipare alla promozione dell'attività didattica ed educativa in materia.

Si deve sottolineare, comunque, che la prescrizione di una dieta, da intendersi come terapia, rimane esclusivo appannaggio del medico.

15.4.5 Le professioni tecniche della prevenzione

Il Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro. E' il professionista sanitario, con laurea triennale di I livello, responsabile della prevenzione, verifica e controllo in materia di igiene e sanità pubblica sui luoghi di lavoro. In particolar modo vigila sull'igiene degli alimenti e sulla sicurezza ambientale nei luoghi di vita e di lavoro e sulla sicurezza in campo veterinario.

Tale attività viene svolta tramite pareri e consulenze professionali, con ispezioni e indagini, campionamenti e monitoraggi e con la costante partecipazione a programmi di prevenzione con interventi educativi e formativi sul personale.

L'obiettivo è la salvaguardia dell'ambiente di lavoro ai fini della tutela della salute e della sicurezza.

Le funzioni del tecnico della prevenzione sono previste ed elencate nel D.M. n. 58 del 1997.

Nelle ASL il tecnico collabora, con compiti di vigilanza ed ispezione, con altri professionisti sanitari, come i medici igienisti o del lavoro, per il raggiungimento degli obiettivi di

sanità pubblica: attività volta all'igiene dell'edilizia, scolastica, di impianti natatori e di programmazione di eventuali disinfestazioni;

di sanità veterinaria: controllo sanità animale, igiene dei relativi prodotti e controllo su allevamenti e produzione zootecniche;

di igiene degli alimenti e delle acque destinate al consumo umano: dalla produzione al commercio sino alla distribuzione, in ogni fase della lavorazione sino ad accertarne la commestibilità, il tutto a tutela della salute della collettività e del singolo.

Nelle aziende private e pubbliche, il tecnico si occupa di sicurezza e prevenzione degli infortuni e malattie professionali.

Assistente sanitario. Addetto alla promozione e all'educazione della salute deve possedere la laurea triennale e deve essere iscritto al relativo albo professionale.

Le funzioni dell'assistente sanitario consistono nell'individuazione dei bisogni di salute di ogni singolo soggetto, in base a dati epidemiologici e socio-culturali, capire i fattori biologici e sociali di rischio e quindi intervenire con un programma specifico per educare la persona ad una vita più sana.

Tale professionista concorre quindi alla formazione, in tale campo, di operatori sanitari e scolastici affinché questi ultimi possano diffondere nei propri ambiti direttive specifiche ad un atteggiamento di vita più corretto.

Anche in ambito di pianificazione familiare, l'assistente sanitario può programmare ed effettuare interventi nel campo dell'educazione sanitaria, socio-affettiva e sessuale.

Importante è il suo apporto culturale nel dare consigli e pareri in nosocomi, curando come già detto sia gli aspetti sia sociali che sanitari della vita familiare, scolastica e lavorativa.

XVI

Capitolo

BIOETICA

SOMMARIO: 16.1 Definizione, fondamenti e contenuti - 16.2 Il metodo ed i modelli etici; -16.3 Eutanasia - 16.4 Accanimento terapeutico - 16.5 Direttive anticipate - 16.6 Tra-pianti - 16.7 Procreazione medicalmente assistita - 16.8 Diritto del paziente e libertà di cura - 16.9 Consenso dell'avente diritto

16.1 DEFINIZIONE, FONDAMENTI E CONTENUTI

La **Bioetica** (termine composto da *bios* = vita ed *ethikos* = teoria del vivere) è una disciplina moderna relativamente recente che applica la riflessione etica alla scienza ed alla biomedicina.

Nasce negli Stati Uniti non soltanto ad opera di Potter, che ne coniò il nome assegnandole un certo significato; egli sottolineò che la bioetica doveva costituire "una nuova disciplina che combinasse la conoscenza biologica con la conoscenza dei sistemi dei valori umani... Ho scelto la radice *bio* per rappresentare la conoscenza biologica, la scienza dei sistemi dei viventi; e *ethics* per rappresentare la conoscenza del sistema dei valori umani". Potter aveva individuato, infatti il pericolo per la sopravvivenza dell'uomo e dell'intero ecosistema nella spaccatura tra due ambiti di sapere, il sapere scientifico – tecnologico e il sapere umanistico. La netta distinzione tra i valori etici (*ethical value*), che rientrano nella cultura umanistica in senso lato, e i fattori biologici (*biological facts*) stava secondo Potter alla base di quel processo scientifico-tecnologico indiscriminato che metteva in pericolo l'umanità e la stessa sopravvivenza della vita sulla terra. È per questo che egli chiamerà la bioetica scienza della sopravvivenza.

Accanto a questo filone originario della bioetica, va detto che un forte im-

pulso, attualmente prevalente, fu fornito dall'olandese André Hellegers, il quale considera la bioetica come una scienza capace di cogliere i valori attraverso il dialogo e il confronto tra medicina, filosofia ed etica (maieutica). Sicuramente ad Hellegers si deve l'introduzione della bioetica nel mondo universitario, strutturando questa disciplina in maniera accademica.

La bioetica viene perciò definita come un'area di ricerca che grazie a diverse discipline su cui si basa pone come «oggetto dei suoi studi l'esame sistematico della condotta umana nel campo della scienza della vita e della salute».

Nella *Encyclopedia of Bioethics* pubblicata in seconda edizione nel 1995 in 5 volumi dal *Kennedy Institute of Ethics* della *Georgetown University* di Washington (Stati Uniti d'America) la bioetica è definita: "Lo studio sistematico delle dimensioni morali - includendo, visione, decisione, comportamento e norme morali - delle scienze della vita e della salute, utilizzando una varietà di metodologie etiche in un contesto interdisciplinare".

Un'altra definizione che si discosta dalle precedenti è quella che la identifica come un movimento di idee e di valori che continuamente cambiano nel corso della storia.

John Stuart Mill scriveva che l'uomo è sovrano su se stesso, sul proprio corpo e sulla propria mente.

Oggi la bioetica si occupa dei grandi interrogativi che ruotano intorno alla persona, a partire dal rispetto della vita umana nel suo significato più profondo. Le finalità che persegue consistono nella disamina dei vari problemi morali legati alla biologia e alla medicina in generale (etica medica) e nella loro connessione con le scienze giuridiche le scienze umane in senso lato. Prevede l'interazione dell'etica con le scienze, in una modalità più moderna rispetto a quella tradizionale e religiosa, con lo scopo di affrontare e valutare anche a livello morale alcuni processi medici quali il trapianto di organi, l'eutanasia, la fecondazione artificiale e tanti altri.

Essa si propone di individuare le soluzioni etiche a problemi biomedici rilevandone le implicazioni sul piano antropologico oltre che clinico, giuridico e religioso.

Nella bioetica, scienze sperimentali e scienze umanistiche non sono in alternativa, ma formano un'unità armonica alla cui base c'è la domanda filosofica sulla liceità dell'atto scientifico, nella consapevolezza che non tutto ciò che (scientificamente) è possibile è anche (eticamente) lecito. In realtà è lo stesso

scienziato che, se vuole essere veramente "umano", deve integrare l'aspetto etico-positivo (corretta impostazione scientifica) con quello etico-filosofico ed antropologico.

La tecnologia in campo medico ha subito un notevole sviluppo negli ultimi decenni, pertanto alcuni studiosi- filosofi, ricercatori, psicologi- hanno sentito la necessità di regolare alcuni procedimenti e tecniche secondo una linea etica comune. Attualmente però le varie nazioni hanno adottato un proprio codice di bioetica che disciplina le pratiche medico scientifiche, con differenze a volte anche significative: quello che è autorizzato e legale in uno Stato può non esserlo pertanto in un altro.

Tuttavia, tutti i codici di bioetica hanno in comune un interrogativo emblematico: tutto ciò che è tecnologicamente e possibile in ambito biomedico è anche eticamente lecito?

Nel rapporto medicina - bioetica quest'ultima non è nata per stigmatizzare la medicina moderna ma per operare affinché questa non dimentichi le sue classiche radici ippocratiche; spetta alla bioetica denunciare che proprio nello svuotamento interiore, tipicamente moderno, del rapporto medico-paziente si deve individuare la radice dell'odierno disagio della medicina. Compito della bioetica sarà quindi quello di aiutare la medicina, non chiedendole di rinunciare alle conquiste della tecnologia più avanzata e meno che mai di rinunciare alla scientificità del suo sapere, ma chiedendo la consapevolezza di una medicina con scientificità specifica finalizzata al bene dell'individuo, inteso nel suo significato più alto ed esteso.

16.2 IL METODO ED I MODELLI ETICI

L'oggetto della bioetica è la riflessione filosofica sulla vita che si svolge alla luce della ragione umana. A questo punto sorge la domanda: quale etica per la bioetica? Se si segue l'etica personalista, che ha al centro la persona umana e il suo valore trascendente, ne deriva che il riferimento ultimo diventa il Valore Assoluto, cioè Dio. In realtà tutti sono d'accordo nel ritenere l'uomo al centro della riflessione etica ma esistendo diverse concezioni sull'uomo ne derivano i diversi modelli etici e, da questi, le diverse bioetiche.

Si tratta di principi non del tutto nuovi poiché fondano le radici in quella

legge naturale, innata nell'uomo e che già Cicerone chiamava "recta ratio"; allo stesso modo anche i tre principi basilari della bioetica nord-americana indicati nel Rapporto Belmont del 1979 (Rispetto della persona, Beneficialità, Giustizia) trovano riscontro nel Corpus Hippocraticum ed in varie etiche professionali e sono risultati validissimi fino agli anni 90, grazie soprattutto alla semplicità della formulazione ed alle loro fondamenta basate su valide tradizioni, tra cui quella medica (per il principio di beneficialità e paternalismo), quella giuridica (per il principio di autonomia e diritti del malato), quella politica (per il principio di giustizia e bene sociale)¹.

Attualmente possiamo distinguere quattro modelli di riferimento in bioetica, ognuno dei quali si caratterizza per un differente criterio antropologico e, di conseguenza, per una diversa formulazione del giudizio etico:

Modello liberal-radical (fondazione soggettiva), fondato sulla libertà, ha quale presupposto il principio che non si può formulare una verità ed una legge morale a partire dalla realtà, poiché i fatti sono dimostrabili scientificamente mentre i valori e le norme sono solo presupposti ed indimostrabili (**legge di Hume**). C'è un mondo di fatti studiabili scientificamente ed una legge di valori non deducibili dai fatti, quindi non se ne può dedurre una verità universale. I

¹ **Principio di autonomia** (rispetto della persona): è contrapposto al paternalismo ed auspica il rispetto della libertà di scelta del paziente (che però non sempre è in condizioni di scegliere). Ciò presuppone l'informazione/conoscenza e l'azione coerente del paziente; tuttavia nasce la conflittualità tra il peso morale dei criteri medici ed il peso reale soggettivo del paziente (che non ha l'esperienza del medico) in merito agli oneri/benefici che la scelta comporta.

Applicazioni: segreto, consenso informato, verità, rifiuto della cura, aborto, ecc.

Limitazioni al principio: motivi di salute pubblica (es. quarantena), costi elevati, incapacità fisica/mentale/legale del paziente, autonomia del medico e di altri (es. parenti).

Principio di beneficialità/non maleficenza: Il medico avrebbe come obiettivo essenziale il miglior interesse del paziente, per cui è autorizzato a curarlo anche senza informazione e/o consenso dello stesso ed anche tacendo o manipolando la verità. Ciò sarebbe giustificato dal fatto che la malattia stessa sminuisce l'autonomia del malato, mentre l'obiettivo del medico è quello di restituirgli tale autonomia.

Tale principio, che rischia di degenerare nel paternalismo, può non essere capace di risolvere situazioni di conflittualità decisionali: Prelevare o non prelevare organi dal vivente? E' lecito effettuare una sperimentazione non terapeutica? Si può intervenire (con danno) sulla gravida per il bene del feto? Praticare o non praticare l'eutanasia (suicidio assistito)? Ecc.

Principio di giustizia: ha una dubbia identità, poiché pende ora verso la beneficialità, ora verso l'autonomia. Esso si basa sull'equità sociale e la solidarietà interumana nella ripartizione degli oneri; casi simili devono essere trattati in modo simile, ci deve essere equità nel distribuire benefici e svantaggi provenienti da un'azione individuale (es. certificati d'invalidità), deve esserci per tutti uguale possibilità di accesso ai beni (es. cure), ecc.

valori sono fondati non sulla verità ma sul soggetto che segue le sue inclinazioni momentanee. Criterio fondativo di questo modello è che la libertà è il massimo valore e si identifica con la moralità: l'autonomia è autodeterminazione. Secondo questo modello etico ogni scelta fatta liberamente e che non danneggia l'altrui libertà è lecita.

Modello pragmatico-utilitarista (fondazione intersoggettiva), fondato sull'utilità sociale intesa come valore: è etico ciò che è utile e piacevole e che è espressione della cultura di un luogo in un dato tempo. Anche per questo modello non c'è una verità valida per tutti e si dà importanza all'intersoggettività basata sull'utilità.

Per definire cosa sia utile per la maggioranza (per la società) il modello pragmatico-utilitarista propone il criterio costo/beneficio (es. per decidere se assistere un malato o lasciarlo morire). In tal modo il singolo è valutato, giudicato sulla base di un altro valore, l'economia, senza far attenzione ai mezzi ed ai metodi usati per raggiungere il fine (l'utilità).

Nell'ambito della corrente utilitarista distinguiamo l'Utilitarismo PURO di Bentham, con l'utilitarismo visto come valore di vita, ed un Utilitarismo SOFT con beneficiabilità allargata, che guarda anche alle generazioni future. Aspetto particolare di questa corrente è il Contrattualismo di Engelhardt, che non propone il criterio costo/beneficio, ma il criterio del consenso: l'utilità sociale è in ragione del consenso sociale.

Modello socio-biologista (fondazione biologico-naturalistica), si rifà all'evoluzionismo darwiniano e al valore del progresso delle scienze. C'è qui un criterio oggettivamente fondato che pone il progresso, cioè l'evoluzione socio-biologica, come valore discriminante. Si dà per certa la teoria evoluzionistica fino all'uomo, con adattamento all'ambiente e selezione del gruppo più forte, della razza più forte. L'etica nasce attraverso l'evoluzione e il suo meccanismo: non è l'etica che guida il progresso, ma è esattamente il contrario e la società giustifica i comportamenti che ha ritenuti più validi. Di conseguenza il progresso della specie umana (che è ciò che interessa più di ogni altra cosa) trascura la singola persona che è sacrificata in nome della specie.

Modello personalista (fondazione oggettivo-metafisica), proposto dai cattolici, fondato sulla persona intesa come realtà singola ma anche come l'insieme delle persone. Nasce dalla concezione filosofica dell'uomo come "persona" nella quale l'essere dell'universo raggiunge la massima espressione, mentre lo stesso

mondo materiale acquista il suo significato. La stessa evoluzione ha nell'uomo il suo vertice. La persona umana ha nel mondo un primato (in senso cristiano l'uomo è al centro dell'attenzione di Dio che si fa uomo per redimerlo), perciò anche la società va considerata in funzione dell'uomo, non viceversa.

Le dimensioni fondamentali che qualificano l'uomo in quanto persona sono: l'inscindibilità degli aspetti corporei - psichici - spirituali (il corpo non è solo un complesso di organi e funzioni, ma espressione visibile e luogo della realizzazione dell'uomo); la libertà e la responsabilità che nascono dall'intelligenza e dalla volontà; l'eticità che deriva dalla naturale apertura al Valore Assoluto; il diritto alla vita che è premessa indispensabile a tutti i diritti e i valori; la relazionalità che rende ragione della dimensione sociale di ogni problema umano (il problema morale ha sempre una dimensione sociale)².

Nei paesi di tradizione cattolica è rilevante il ruolo ricoperto dalla bioetica cattolica. La bioetica cattolica ufficiale - cioè quella contenuta nei documenti del magistero della Chiesa, nelle opere degli autori che risultano in sintonia dottrinale con essi e nella comunità scientifica che ad essa fa riferimento - si muove all'interno del paradigma della sacralità e indisponibilità della vita, sostenendo che la persona umana, come non è la creatrice della vita, così non ne è la proprietaria. A tale paradigma sono quindi correlati la proibizione dell'aborto, l'illiceità del suicidio 'consapevole' ed il rifiuto dell'eutanasia. La bioetica cattolica sostiene che ciascun essere umano ha il diritto/dovere alla vita, intendendosi, con questa definizione, la forma di vita umana dal momento del suo concepimento a quello della sua morte naturale.

16.3 L'EUTANASIA

Il termine eutanasia deriva dal greco eu: bene, buono e tanatos: morte e quindi

² Vi sono vari modelli di personalismo nella storia: 1) **personalismo relazionale**, in cui l'uomo è visto come relazione; cioè esiste l'io in quanto c'è il tu. 2) **personalismo ermeneutico**: lettura della realtà per quello che significa e non per quello che è; l'uomo dà significato alle cose e questo significato dipende da come egli le intende. 3) **personalismo ontologico**: è un personalismo con fondazione ontologica: la persona è tale in quanto è costituita da un'esistenza concreta fatta di spirito e corporeità, dove questa esistenza concreta è portatrice di uno spirito che dà vita alla corporeità. Questa realtà costitutiva è la fonte degli atti liberi e responsabili, è la fonte delle relazioni, è criterio ultimo per ciò che è buono (= consente lo sviluppo della natura umana) o cattivo (impedisce tale sviluppo).

letteralmente: buona morte cioè morte senza dolore, senza sofferenze atroci o morte dolce, locuzione certamente impropria perché questo evento non può mai essere considerato né buono né dolce. Oggi quello stesso termine si usa per indicare soprattutto la condotta diretta a produrre, ad accelerare o a non far nulla per evitar ritardare la morte della persona assistita. Questo problema si pone soprattutto quando il medico si trova di fronte ad una persona affetta da una malattia inguaribile, ovvero caratterizzata da notevole sofferenza dolorosa resistente alle terapie, o ancora allo stadio terminale con la previsione di morte a breve scadenza.

Da un punto di vista storico³ l'eutanasia può essere sostanzialmente divisa in:

1) *Eutanasia collettivistica* caratterizzata dall'intervento statale che viene posto in essere senza il consenso della persona per finalità di utilità pubblica. A sua volta si suddivide in:

- Eugenetica: per l'eliminazione indolore di nati deformi;
- Economica: per l'eliminazione indolore di individui rappresentanti un peso per la società (anziani, malati gravi, invalidi eccetera);
- Criminale: per l'eliminazione di soggetti pericolosi;
- Sperimentale: per il sacrificio di persone a scopo sperimentale;
- Profilattica: per l'eliminazione di persone infette al fine di preservare la salute collettiva;
- Solidaristica: per l'eliminazione di alcuni soggetti a favore di altri per prelievo di organi.

2) *Eutanasia individualistica o pietosa* caratterizzata da sentimento di pietà verso malati terminali. A sua volta si suddivide in:

- passiva (o indiretta) caratterizzata dalla sospensione od omissione del trattamento terapeutico;
- attiva (o diretta) caratterizzata dall'azione attiva a cagionare la morte⁴.

Se consideriamo l'eutanasia sotto l'aspetto della volontà del paziente si può distinguere una eutanasia volontaria, condizionata cioè dalla richiesta di fine vita

³ Mantovani F.: Problemi giuridici dell'eutanasia, archivio giuridico, 1970, 38; Mantovani F.: Eutanasia, DIG IV, 1990; Mantovani F.: Diritto penale-delitti contro la persona, Cedam, Padova 1995.

³ Benci L.: Elementi di legislazione sanitaria e di Biodiritto, McGraw Hill, 2009

da parte del paziente, ed una eutanasia involontaria, quando non vi è o non vi è stata esplicita richiesta da parte del paziente e terze persone si assumono il diritto di interpretare la volontà del paziente.

A FAVORE	CONTRO
Libera scelta dell'individuo quale fondamentale principio democratico	Giuramento di Ippocrate: la versione originale esclude l'eutanasia
	Giuramento di Ippocrate: la versione originale esclude esplicitamente l'eutanasia
Dignità del soggetto: la convinzione profonda di sentirsi senza alcuna possibilità di recuperare ciò che rende la vita degna di essere vissuta, ed anzi di dover pesare sui propri cari sempre di più e per tempi lunghissimi, rendendo pure a loro difficile condurre la loro stessa vita come prima	Dovere morale: per le convinzioni personali di alcune persone, l'eutanasia di alcuni o di tutti i tipi può essere moralmente inaccettabile., vista come omicidio e suicidio
	Dovere morale: per le convinzioni personali di alcune persone, l'eutanasia di alcuni o di tutti i tipi può essere moralmente inaccettabile., vista come omicidio e suicidio
Qualità della vita: il dolore e la sofferenza che si sperimentano durante una malattia possono risultare incomprensibili ed insostenibili, anche se viene messa in atto una terapia contro il dolore; la società civile non dovrebbe forzare nessuno a sopportare questa condizione	Teologica: diverse religioni e moderne interpretazioni religiose considerano sia l'eutanasia che il suicidio come atti "peccaminosi".
	Teologica: diverse religioni e moderne interpretazioni religiose considerano sia l'eutanasia che il suicidio come atti "peccaminosi"
	Piena consapevolezza: l'eutanasia può essere considerata "volontaria" soltanto se il paziente ha completa ed adeguata capacità di comprensione della scelta, delle opzioni e delle conseguenze
	Desideri della famiglia: i membri della famiglia spesso desiderano passare più tempo possibile coi loro cari prima che muoiano

- I maggiori elementi sostenuti a favore e contro l'eutanasia:

Indipendentemente dalle suddivisioni e definizioni, nel nostro paese il significato dell'eutanasia è sostanzialmente uno: si tratta di una condotta, attiva o

missiva, diretti a privare la vita di un essere umano. Si tratta cioè di un comportamento delittuoso perseguito penalmente dal nostro codice in base a più articoli.⁵

L'eutanasia attiva è assimilabile, in generale, all'omicidio volontario (art. 575 codice penale). In caso di consenso del malato si configura la fattispecie prevista dall'art. 579 c.p. (Omicidio del consenziente), punito con reclusione da 6 a 15 anni. Anche il suicidio assistito è un reato, giusta art. 580 c.p. (Istigazione o aiuto al suicidio).

Dal punto di vista giuridico, morale e religioso vi è chi tende a considerare l'eutanasia attiva una fattispecie assimilabile all'omicidio; parimenti dal punto di vista della deontologia medica qualche complicazione concettuale sorge dalla non semplice riconducibilità dell'eutanasia attiva ai concetti fondanti della medicina, diagnosi e terapia.

Per quanto attiene poi all'*eutanasia passiva* vi è chi pone in evidenza la sostanziale diversità - nel modo "naturale" con cui avviene la morte - rispetto all'eutanasia attiva.

Grandi differenze sull'argomento esistono nei vari ambiti religioso morale da

⁵ **art. 579 c.p. Omicidio del consenziente:** Chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui [c.p. 50], è punito con la reclusione da sei a quindici anni [c.p. 20, 32]. Non si applicano le aggravanti indicate nell'articolo 61. Si applicano le disposizioni relative all'omicidio [c.p. 575, 576, 577] se il fatto è commesso: 1. contro una persona minore degli anni diciotto; 2. contro una persona inferma di mente, o che si trova in condizioni di deficienza psichica, per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti; 3. contro una persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpito con inganno.

art. 575 c.p. Omicidio: Chiunque cagiona la morte di un uomo è punito con la reclusione non inferiore ad anni ventuno.

Art. 580 c.p. Istigazione o aiuto al suicidio: Chiunque determina altrui al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione, è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni. Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da uno a cinque anni sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima. Le pene sono aumentate se la persona istigata o eccitata o aiutata si trova in una delle condizioni indicate nei numeri 1 e 2 dell'articolo precedente. Nondimeno, se la persona suddetta è minore degli anni quattordici o comunque è priva della capacità d'intendere o di volere, si applicano le disposizioni relative all'omicidio.

art. 593 c.p. Omissione di soccorso: Chiunque, trovando abbandonato o smarrito un fanciullo minore degli anni dieci, o un'altra persona incapace di provvedere a se stessa, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia o per altra causa, omette di darne immediato avviso all'autorità è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa fino a 2.500 euro. (1)

Alla stessa pena soggiace chi, trovando un corpo umano che sia o sembri inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente o di darne immediato avviso all'autorità.

Se da siffatta condotta del colpevole deriva una lesione personale, la pena è aumentata; se ne deriva la morte, la pena è raddoppiata.

una parte giuridico dall'altro; in particolare le posizioni bioetiche ufficiali della Chiesa cattolica sono contrarie all'eutanasia attiva diretta differenziandola nettamente da quella passiva, intesa come teorica possibilità di interruzione della terapia per non sconfinare nell'accanimento terapeutico.

Nel nostro paese è possibile individuare in seno al Parlamento tre schieramenti: un'area contraria che affronta la questione secondo i principi morali, spesso anche di base religiosa; Più in generale si poterono individuare in seno al Parlamento tre aree, trasversali agli schieramenti politici, aventi tre posizioni differenti sull'argomento-eutanasia: un'area possibilista per la quale è necessario procedere per gradi e affrontare temi meno controversi come il testamento biologico, pur non escludendo a priori il dibattito sull'eutanasia; un'area favorevole caldeggia un dibattito sull'eutanasia e l'allineamento dell'Italia alle legislazioni europee più favorevoli all'eutanasia (Paesi Bassi).

Il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) ha affrontato la varie problematiche legate all'eutanasia e al rispetto delle volontà del malato e, tra i documenti più significativi, si ricordano: le Dichiarazioni anticipate di trattamento (talora anche chiamate Direttive anticipate) del 18 dicembre 2003; L'alimentazione e l'idratazione dei pazienti in stato vegetativo persistente del 30 settembre 2005⁶.

16.4 L'ACCANIMENTO TERAPEUTICO

L'uso di sofisticate tecnologie alla fine della vita umana tende a sfumare i confini tra la vita alla morte, rendendo possibili condizioni inedite di esistenza del paziente. Le tecniche di rianimazione, di respirazione artificiale e di circolazione extracorporea ecc. consentono il mantenimento in vita anche di soggetti con gravi lesioni cerebrali e gravi compromissioni fisiche: per quanto tempo si può prolungare l'applicazione di tale tecnologie? Quali sono i criteri bioetici per non attivarle o per interrompere?

Il problema della scelta se curare, se continuare o limitare le cure o non curare affatto di fronte ad una situazione di malattia estrema pone problemi bioetici di particolare rilevanza, risultando particolarmente difficile in alcuni casi identificare quella sottile linea di confine tra il dovere terapeutico, cioè quel dovere di intervenire a fine curativo, e accanimento terapeutico, cioè il tentativo di pro-

⁶ Documenti del CNB: Dichiarazioni anticipate di trattamento e L'alimentazione e l'idratazione dei pazienti in stato vegetativo persistente

lungare la sopravvivenza in maniera artificiale ostile, sproporzionata ed oltre ogni umana previsione. Fino a che punto e in che misura si deve trattare il paziente e quando è indispensabile non iniziare il trattamento o sospendere il trattamento?

Nel mondo anglosassone si utilizza l'espressione di "cure futili" e alcuni propongono l'espressione "accanimento clinico". Anche in Italia alcune correnti propongono di abbandonare il termine di "accanimento terapeutico" per il rischio di confonderlo con l'eutanasia passiva, fenomeno del tutto contrapposto ad esso. Quest'ultima infatti evoca un sentimento di abbandono e desistenza, mentre l'accanimento terapeutico si caratterizza per una ostinata prosecuzione di cure che appaiono inutili.

Anche per questo problema vi sono correnti di pensiero anche contrapposte anche a causa della lievitazione del fenomeno stesso parallelamente allo sviluppo delle tecnologie medico assistenziali. Nel codice di deontologia medica all'articolo 16 l'accanimento "diagnostico-terapeutico" è contemplato e definito come l'ostinazione di trattamenti da cui non si possa attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita⁷.

La definizione del codice riconosce dunque il bene vita non in quanto legata alla mera sopravvivenza ma alla qualità di essa. In linea con il pensiero contenuto in questo articolo risulta anche l'articolo 4.15 del codice di deontologia dell'infermiere del 1999⁸. Ma nell'ultima versione aggiornata del 2009 compare il concetto di proporzione della cura e il legame con la condizione clinica del paziente e quanto da lui espresso sulla qualità della vita.⁹

Per la Chiesa cattolica il paziente può rinunciare all'accanimento terapeutico-

⁷ Codice di Deontologia Medica FNOMCeO 2006. Art. 16: "il medico, anche tenendo conto delle volontà del paziente laddove espresse, deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti diagnostici terapeutici da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita"

⁸ Codice Deontologico dell'Infermiere, IPASVI, 1999. art. del 4.15. L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale. L'infermiere tutela il diritto a porre dei limiti ad eccessi diagnostici e terapeutici non coerenti con la concezione di qualità della vita dell'assistito.

⁹ Codice Deontologico dell'Infermiere, IPASVI, 2009: art. 35: L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita dell'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.

Art. 36: L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita.

Ar. 37: L'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato.

co mentre non è ammessa l'eutanasia passiva che consiste nel porre in atto azioni o di omissioni che provocano la morte allo scopo di porre fine al dolore. Diversamente, se le terapie sono straordinarie o sproporzionate rispetto ai risultati attesi e la loro prosecuzione provoca soltanto un prolungamento penoso della vita, non c'è colpa od omissione ed è possibile sospendere le cure, poiché si ha solo la rinuncia all'accanimento terapeutico:

"... E' anche lecito interrompere l'applicazione di tali mezzi (mezzi messi a disposizione dalla medicina più avanzata, ndr) quando i risultati deludono le speranze riposte in essi . Ma nel prendere una decisione del genere si dovrà tener conto del giusto desiderio dell'ammalato e dei suoi familiari, nonché del parere di medici veramente competenti; costoro potranno senza dubbio giudicare meglio di ogni altro se l'investimento di strumenti di personale è sproporzionato ai risultati prevedibili e se le tecniche messe in opera impongono al paziente sofferenze e disagi maggiori dei benefici che se ne possono trarre ... Nell'imminenza di una morte inevitabile nonostante i mezzi usati, è lecito in coscienza prendere la decisione di rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi. per cioè medico non ha motivo di angustiarsi, quasi che non avesse prestato assistenza a una persona in pericolo".¹⁰

In quest'ottica è anche lecito l'uso di analgesici e sedativi per il controllo del dolore anche se ciò dovesse comportare – come effetto secondario e non desiderato – l'accorciamento della vita del paziente. Le cure che d'ordinario sono dovute ad una persona ammalata invece non possono essere legittimamente interrotte, anche se la morte è imminente; per questa ragione se la morte dovesse, ad esempio, conseguire alla sospensione di idratazione e nutrizione si configurerebbe un'eutanasia per omissione.

16.5 LE DIRETTIVE ANTICIPATE

Le scoperte scientifiche avanzate e l'iter tecnicismo medico hanno posto in risalto negli ultimi tempi la necessità del consenso del paziente anche per quanto riguarda le cure di fine vita, consenso che deve essere fornito da questi in modo anticipato rispetto alle sue condizioni di incoscienza.

¹⁰ Congregazione per la dottrina della fede, Dichiarazione su l'eutanasia. iura et Bona, 1980

Le espressioni che si usano sono diverse a volte di significato non univoco: testamento biologico, testamento di vita, direttive anticipate di trattamento.

Il termine di testamento biologico viene preferita da altre per la sua riconducibilità al concetto di vincolo proprio dell'altro istituto giuridico (testamento) tipico per la successione dei beni patrimoniali, utile, secondo alcuni per attribuire "valenza formale ad un documento che non contiene disposizioni patrimoniali, ma non per questo è meno importante vincolante per chi è chiamato ad attuare la dichiarazione di volontà in esso contenute"¹¹.

Testamento di vita è l'espressione che viene invece utilizzata per enfatizzare la differenza con il testamento a carattere patrimoniale.

L'espressione Direttiva anticipata di trattamento, di derivazione anglosassone, ha un tono meno giuridico e attiene ad un documento contenente le disposizioni della persona sulla propria salute in previsione di un'eventuale futura incapacità ad esprimersi.

La dichiarazione anticipata di trattamento utilizzata dal Comitato Nazionale di Bioetica Italiano, è simile alla precedente e si caratterizza per minore vincolabilità.

Comunque sia, sono tutte l'espressione della volontà da parte di una persona, fornita in condizioni di lucidità mentale, in merito alle terapie che intende o non intende accettare nell'eventualità in cui dovesse trovarsi nella condizione di incapacità di esprimere il proprio consenso o dissenso alle cure proposte per malattie o lesioni traumatiche cerebrali irreversibili o invalidanti, malattie che costringano a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali che impediscono una normale vita di relazione.

In Italia non esiste ancora una legge specifica sul testamento biologico, pertanto la formalizzazione della sua volontà riguardo all'accettazione o il rifiuto di alcuni trattamenti sanitari può variare da caso a caso, anche perché di frequente il cittadino scrive la sua volontà in maniera generica o riferendosi ad argomenti eterogenei (donazione degli organi, cremazione, terapia del dolore, nutrizione artificiale e accanimento terapeutico) e non tutte le sue volontà potrebbero essere considerate bioeticamente e legalmente accettabili.

L'articolo 32 della Costituzione della Repubblica Italiana stabilisce che «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per di-

¹¹ Veronesi U., De Tilla M.: Nessuno deve scegliere per noi: la proposta del testamento biologico, Sperling e Kupfer, Milano 2007

sposizione di legge»; la Convenzione di Oviedo del 1997 sui diritti umani e la biomedicina, ratificata nel 2001 (L. n. 145/2001) ha stabilito che «i desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà saranno tenuti in considerazione». Il Codice di Deontologia Medica afferma che il medico dovrà tenere conto delle precedenti manifestazioni di volontà dallo stesso¹².

16.6 I TRAPIANTI

Il principio della Costituzione Italiana di cui all'articolo 32 che garantisce la salute come un diritto fondamentale dell'individuo da tutelare anche come interesse della collettività trova applicazione in molti ambiti della legislazione sanitaria e tra questi anche in quello dei trapianti, consentendo il trasferimento di organi o tessuti da un individuo all'altro.

Il trapianto consiste nel trasferimento di organi o tessuti o cellule da un individuo (donatore) ad un altro (ricevente) con lo scopo di mantenere nel ricevente una integrità funzionale degli organi, dei tessuti e delle cellule trasferite. Il donatore può essere vivente (nel caso di trapianto di rene, parti di fegato e tessuti rigenerabili come ad esempio il midollo) o cadavere (nel caso di cuore, polmoni, pancreas cornee e fegato in toto).

Nell'ambito dei trapianti d'organo tra viventi oltre ai problemi medici dell'intervento (il trauma del prelievo, la conservazione degli organi, il controllo del rigetto ecc) le principali problematiche bioetiche riguardano la questione dell'integrità fisica del donatore e della gratuità del suo atto.

Le correnti di pensiero che ritengono che il corpo sia oggetto di disposizione dell'individuo a cui appartiene giustificano la donazione d'organo in quanto scelta di auto-determinazione dello stesso; quelle che al contrario ritengono che il corpo sia costitutivo dell'unitotalità della persona, affermano invece che la lesione e menomazione all'integrità fisica del soggetto, pur se motivata da un gesto altruistico, entra in contrasto con il dovere di preservare la propria salute fisica¹³.

¹² Codice di Deontologia Medica, art. 34: «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». *FNOMCeO 2009*.

¹³ D'Agostino F., Palazzani L.: *Bioetica, nozioni fondamentali*. La scuola Ed. 2007.

I trapianti possono essere classificati in:

- autoplastici (autologhi o autotrapianti) in cui donatore e ricevente sono la medesima persona ed i tessuti biologici vengono prelevati dallo stesso soggetto che le riceve successivamente;
- eteroplastici (eterotrapianti) in cui esiste un soggetto donatore ed un soggetto ricevente;
- omoplastici (omotrapianti) quando donatore e ricevente sono della stessa specie animale;
- xenotrapianti (dal grco xeno = estraneo) quando donatore e ricevente sono di specie animali diverse (es. trapianto da suino, caratterizzato da similitudini anatomiche con la specie umana).

La legislazione italiana ammette la donazione di organi e tessuti rigenerabili (sangue, midollo osseo, etc.), mentre ne vieta la vendita; è tuttavia da sottolineare che secondo il Codice Civile "non sono ammissibili atti di disposizione del corpo che provochino una diminuzione permanente dell'integrità fisica" (art. 5).

La definizione di integrità fisica ammette qualche margine di discrezionalità, in quanto il prelievo di organi non rigenerabili induce una diminuzione permanente di tale integrità, non essendovi nel corpo organi privi di funzione dei quali si può essere privati senza conseguenze (se non si tratta di organi malati). La legge considera gonadi e cervello organi non trapiantabili e ne esclude quindi una espiantabilità a fine di trapianto.

La giustificazione razionale della donazione di organi e argomenta abile attraverso il principio di carità e solidarietà del singolo nei confronti della collettività¹⁴.

Nel caso di trapianto da vivente, i fondamenti giuridici principali at-tengono ai necessari limiti oggettivi di salvaguardia della vita, della salute e della integrità fisica del donatore, per i quali sono legittimi quei prelievi che non arrechino una menomazione permanente della integrità fisica.

Anche per quanto riguarda i criteri bioetici la donazione potrà essere fatta nel rispetto lo della dignità della persona umana e, in particolare della non lesività (o lesività ragionevole), della proporzionalità (criterio riferito alla integrità psicofisica del donatore) della libertà e della gratuità (criteri riferiti all'intenzione

¹⁴ AAVV.: *Questioni mortali*. L'attuale dibattito sulla morte cerebrale è il problema dei trapianti. ESI, Napoli 2004. Aramini A., Di Nauta S.: *Etica dei trapianti di organi*. Per una cultura della donazione. Paoline, Milano 1998.

del donatore. Non saranno pertanto praticabili quei prelievi che mettono a rischio la sopravvivenza del donatore.

Per quanto riguarda il prelievo da cadavere, in Italia la normativa regolata da numerose leggi emanate nel corso degli anni e sinteticamente riassunte nella tabella che segue.

NORMATIVA NAZIONALE sui TRAPIANTI D'ORGANO	
Legge n. 235	03.04.1957
DPR n. 300	20.01.1961
DPR n. 1165	03.09.1965
DPR n. 78	05.02.1970
Legge n. 458 Trapianto del rene tra persone viventi	26.06.1967
Legge n. 301 Norme in materia di prelievi ed innesti di cornea	12.08.1993
Legge n. 578 Norme per l'accertamento e la certificazione di morte	29.12.1993
Legge n. 91 Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti	01.04.1999
Legge n. 483 Norme per consentire il trapianto parziale di fegato	16.12.1999
Decreto Ministero della Sanità G.U. n. 89 Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e tessuti, attuativo delle prescrizioni relative alla dichiarazione di volontà dei cittadini sulla donazione di organi a scopo terapeutico	08.04.2000
Legge n. 145 Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina; Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, fatta a Oviedo il 4 aprile 1997, nonché del Protocollo addizionale del 12 gennaio 1998, n. 168, sul divieto di clonazione di esseri umani	28.03.2001
Legge n. 219 Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli e-moderivati	21.10.2005
Legge n. 219 Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli e-moderivati	21.10.2005
Ordinanza del Ministero della Salute Misure urgenti in materia di cellule staminali da cordone ombelicale	13.04.2006
Ordinanza del Ministero della Salute Misure urgenti in materia di cellule staminali da cordone ombelicale	04.05.2007
Ordinanza del Ministero della Salute Proroga dell'ordinanza Ministeriale 4 maggio 2007, recante: Misure urgenti in materia di cellule staminali da cordone ombelicale	29.04.2008
Aggiornamento Decreto 22.8.1994 n. 582 relativo al regolamento arrecante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte	12.06.2008
DPR Ministero della Salute Regolamento per lo svolgimento delle attività di trapianto di organi da donatore vivente	16.04.2010
Legge n. 167 Norme per consentire il trapianto parziale di polmone, pancreas e intestino tra persone viventi	19.09.2012

In particolare la Legge 12 agosto 1993 n. 301 stabiliva che il prelievo di cornea può essere effettuato soltanto dopo accertamento della morte cardiaca irreversibile mediante rilievo elettrocardiografico continuo per non meno di 20 minuti primi; poi la Legge 29 dicembre 1993 n. 578 dettava le norme per l'accertamento certificazione della morte a cui seguiva il regolamento adottato dal Ministero della Sanità con decreto 22 agosto 1994 n. 582, che recava le norme per l'accertamento è la certificazione della morte¹⁵. Sulla base di tale documento:

- la morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo;

- la morte per arresto cardiaco si intende avvenuta quando la respirazione e la circolazione sono cessate per un intervallo di tempo tale da comportare la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo;

- la morte dei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposte a misure rianimatorie si intende avvenuta quando si verifica la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo ed è accertata con le modalità clinico-strumentali definite con decreto emanato dal Ministero della Sanità.

Nei casi di morte cerebrale di persone sottoposte a misure rianimatorie per lesioni encefaliche può essere effettuato l'espanto di organi soltanto quando ne sia stata accertata la morte secondo modalità indicate dalla normativa¹⁶.

In questi soggetti il giudizio sulla irreversibilità e la globalità della perdita delle funzioni cerebrali è appunto subordinato all'accertamento della coesistenza dei seguenti dati:

- stato di incoscienza;
- assenza di riflessi del tronco;
- assenza di respiro spontaneo;
- silenzio elettrico cerebrale.

La contemporanea presenza dei segni citati deve essere accertata con le modalità e gli strumenti indicati dalla normativa di riferimento, per un periodo di osservazione della durata non inferiore a sei ore, da parte di un Collegio medico per l'accertamento della morte, costituito da tre specialisti ed in particolare: da un medico legale o, in mancanza, da un medico della direzione sanitaria oppure da un anatomopatologo; da un medico specialista in anestesia e rianimazione;

¹⁵ Macchiarelli L., Feola T.: *Medicina legale*, Minerva Medica, 1995.

¹⁶ Puccini C.: *Istituzioni di medicina legale*. Casa editrice Ambrosiana, 2003.

da un medico neurofisiopatologia o, in mancanza, da un neurologo o da un neurochirurgo esperti in elettroencefalografia.

Un principio fondamentale da cui debbono ispirarsi progressisti sanitari è quello del consenso del paziente; il fatto che ci si trovi di fronte a un cadavere non significa che non debbano essere rispettate la volontà della persona espressa in vita e concernenti il prelievo di organi o di sue parti dopo la morte.

La legge n° 91/99 "disposizione in materia di prelievi e di trapianti di organi e tessuti" prevede che ad ogni cittadino sia notificata la richiesta di manifestare la propria volontà sulle donazioni degli organi dopo la morte in base al principio del silenzio-assenso informato.

Secondo questo principio sono considerati donatori coloro i quali esprimono la volontà positiva in merito alla donazione e non donatori coloro che invece esprimono parere negativo. Inoltre, il prelievo d'organo è lecito quando il defunto non abbia manifestato in vita un rifiuto esplicito. Ancora oggi tuttavia, tuttavia, viene adottato il principio del consenso o dissenso esplicito in base al quale - nei casi in cui il potenziale donatore non abbia espresso alcun parere in merito - i familiari hanno la possibilità di opporsi al prelievo di organi. La legge non prevede la necessità di un consenso dei familiari al trapianto, ma si limita a legittimare le operazioni di prelievo in mancanza di una opposizione scritta all'effettuazione dell'espianto stesso da parte degli aventi diritto. Occorre però fornire la prova che i familiari siano stati correttamente informati della possibilità di effettuare le operazioni di prelievo.

A tale proposito le persone che debbono essere informate e che possono esercitare il diritto di opposizione sono, nell'ordine:

- il coniuge, non separato o non divorziato; oppure, se non c'è, o nel caso che si tratti di coniuge legalmente separato divorziato:

- i- figli maggiorenni (tutti, senza distinzione tra legittimi e naturali); oppure se non ci sono:

- i genitori (entrambi i genitori).

Le équipes di medici che effettuano i prelievi da cadavere e che effettuano i trapianti devono essere diversi da quelli che ne accertano la morte; l'articolo 18 della legge 91/1999 precisa poi che "il personale sanitario e amministrativo impegnato nelle attività di prelievo e di trapianto è tenuto a garantire l'anonimato dei dati relativi al donatore e al ricevente". Si tratta di una norma che rafforza il dettato del segreto professionale.

16.7 PROCRAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

L'aumento delle nuove possibilità tecnologiche in ambito riproduttivo e, parallelamente, all'aumento della sterilità e della infertilità individuale e di coppia costituiscono le condizioni che hanno fatto emergere negli ultimi anni una richiesta sociale notevole di accesso alla procreazione medicalmente assistita. L'uso di tali tecnologie suggerisce alcune riflessioni di natura bioetica: esistono limiti alle richieste di accesso? Il desiderio di un figlio coincide con una rivendicazione di un diritto? esiste il diritto di scegliere se, quando e come riprodursi?

Il desiderio dei genitori all'età può essere oggi ottenuto con una pluralità di tecniche là dove i metodi naturali non riescono a fornire risultati. Le cause della sterilità sono di vario tipo e, a volte, identificabili.

Con l'espressione procreazione medicalmente assistita si fa riferimento a tutte le metodiche che permettono di aiutare gli individui a procreare, siano esse chirurgiche, ormonali, farmacologiche o di altro tipo.

Si tratta di un termine spesso confuso con la fecondazione assistita, che invece riguarda solo la fecondazione dell'ovulo da parte dello spermatozoo.

La fecondazione assistita (procreazione medicalmente assistita) consiste nell'insieme delle tecniche che aumentano le possibilità di gravidanza in coppie affette da infertilità.

Per infertilità si intende la assenza di concepimento per un periodo di 12-24 mesi di tentativi attuati naturalmente con rapporti sessuali regolari e non protetti da contraccezione; se la gravidanza non avviene entro questo periodo, la probabilità che ci sia una causa sottostante è superiore alla possibilità che il concepimento non sia avvenuto per caso.

L'infertilità deve poi essere distinta anche dal termine sterilità con il quale si intende la situazione nella quale "uno o entrambi i coniugi sono affetti da una condizione fisica permanente che non rende possibile la procreazione".

In Italia la fecondazione assistita è regolata, dal 2004, dalla legge 40. La legge stabilisce che le tecniche di procreazione medicalmente assistita possano essere applicate soltanto a coppie infertili coniugate o conviventi e tale condizione è auto-certificata dalle coppie che si assumono le conseguenze legali della propria auto-certificazione.

Le finalità della legge sono previste all'art. 1: "Al fine di favorire la soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dalla infertilità umana è con-

sentito il ricorso alla procreazione medicalmente assistita, alle condizioni e secondo le modalità previste dalla presente legge, che assicura i diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito. Il ricorso alla procreazione medicalmente assistita è consentito qualora non vi siano altri metodi terapeutici efficaci per rimuovere le cause di sterilità o infertilità”; mentre all’art. 2 sono previsti gli interventi contro la sterilità e la infertilità.

Il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita (art. 4) è consentito: “... solo quando sia accertata l'impossibilità di rimuovere altrimenti le cause impeditive della procreazione ed è comunque circoscritto ai casi di sterilità o di infertilità inspiegate documentate da atto medico nonché ai casi di sterilità o di infertilità da causa accertata e certificata da atto medico”.

Le tecniche di procreazione medicalmente assistita sono applicate in base ai principi:

a) gradualità, al fine di evitare il ricorso ad interventi aventi un grado di invasività tecnico e psicologico più gravoso per i destinatari, ispirandosi al principio della minore invasività;

b) consenso informato.

È vietato il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo.

Tra i requisiti soggettivi delle coppie che possono accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita (art. 5) vi è la maggiore età, debbono essere coppie costituite da individui di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile ed entrambi viventi.

Il consenso informato da parte della coppia è previsto dall’articolo 6 della suddetta legge che dispone: “... prima del ricorso ed in ogni fase di applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita il medico informa in maniera dettagliata i soggetti ... sui metodi, sui problemi bioetici e sui possibili effetti collaterali sanitari e psicologici conseguenti all’applicazione delle tecniche stesse, sulle probabilità di successo e sui rischi dalle stesse derivanti, nonché sulle relative conseguenze giuridiche per la donna, per l’uomo e per il nascituro. Alla coppia deve essere prospettata la possibilità di ricorrere a procedure di adozione o di affidamento ai sensi della legge 4 maggio 1983, n. 184, e successive modificazioni, come alternativa alla procreazione medicalmente assistita. Le informazioni ... devono essere fornite per ciascuna delle tecniche applicate e in modo tale da garantire il formarsi di una volontà consapevole e consapevolmente espressa La

volontà di entrambi i soggetti di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è espressa per iscritto congiuntamente al medico responsabile della struttura, secondo modalità definite con decreto dei Ministri della giustizia e della salute, adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge. Tra la manifestazione della volontà e l'applicazione della tecnica deve intercorrere un termine non inferiore a sette giorni. La volontà può essere revocata da ciascuno dei soggetti indicati dal presente comma fino al momento della fecondazione dell'ovulo. Fatti salvi i requisiti previsti dalla presente legge, il medico responsabile della struttura può decidere di non procedere alla procreazione medicalmente assistita, esclusivamente per motivi di ordine medico-sanitario. In tale caso deve fornire alla coppia motivazione scritta di tale decisione ...”

Infine, all'articolo 7 è indicata la necessità che di emanazione da parte del Ministro della Salute “... avvalendosi dell'Istituto Superiore di Sanità e previo parere del Consiglio Superiore di Sanità” di linee guida contenenti l'indicazione delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita, da ritenersi vincolanti per tutte le strutture autorizzate ed aggiornate periodicamente.

I figli nati dalla applicazione delle tecniche di procreazione assistita hanno lo stesso status legittimo dei figli nati nel matrimonio o dei figli riconosciuti¹⁷. La norma stabilisce che madre del nato a seguito dell'applicazione di tecniche di procreazione medicalmente assistita non può dichiarare la volontà di non essere nominata al momento della dichiarazione della nascita e non riconoscere il figlio. Deve però essere sottolineato che tale norma è stata oggetto di un emendamento approvato in tempi recentissimi (07.11.2012) in Commissione Affari Sociali della Camera che, intervenendo sull'art. 9 della norma in oggetto, consentirebbe alle madri di un bambino nato in provetta di non riconoscerlo dopo la nascita, e-sattamente come avviene per chi ha avuto un figlio in maniera naturale; in armonia con quanto stabilito dall'art. 30, comma 1, del Dpr 396/2000, che prevede e-spressamente che in sede di dichiarazione di nascita, deve essere rispettata l'eventuale volontà della madre di non essere nominata, perché non vi sia discriminazione tra le donne che hanno concepito il loro bambino in maniera naturale o artificiale.

Infine, la legge si preoccupa anche dei figli nati in deroga illegittima al divieto delle tecniche di tipo eterologo. In questo caso il donatore di gameti non assume

¹⁷ Ferrando G.: Libertà, responsabilità e procreazione. Giuffrè, Milano 1999

alcun rilievo giuridico di tipo parentale con il prodotto del concepimento e non può avvalersi di alcun diritto nei confronti di esso, così come non può essere titolare di obblighi; diversamente il coniuge o convivente il cui consenso ricavabile da atti concludenti, non può esercitare l'azione di disconoscimento della paternità.

16.8 DIRITTI DEL PAZIENTE E LIBERTA' DI CURA

Numerosi sono i documenti che regolano e tutelano i diritti della persona umana che trovano il loro principio nell'approvazione del codice di Norimberga (1947) e la proclamazione (1948) della Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo da parte dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite.

Da allora molti altri atti sono stati emanati a tutela di tali diritti e in particolare si ricordano:

1964	Dichiarazione Helsinki
1966	Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali di New York
1983	Dichiarazione della 35 ^a Assemblea medica mondiale
1978	Dichiarazione di Alma Ata
1994	Dichiarazione di Amsterdam sulla promozione dei diritti dei pazienti in Europa
1996	Carta di Lubiana sulla riforma dell'assistenza sanitaria
1997	Dichiarazione di Jakarta sulla promozione della salute
2000	Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea a Nizza
2002	Carta Europea dei diritti del malato presentata a Bruxelles

Di tutte, la Carta Europea dei diritti del malato, presentata a Bruxelles il 15 novembre 2002 come risultato del lavoro promosso da Active Citizenship Network e sottoscritta da organizzazioni civiche di 11 Paesi europei^{18 19}, è un documento di estremo interesse per almeno tre ordini di fattori:

a) perché sintetizza i diritti fondamentali della persona enunciate a più riprese enunciati dall'OMS, dall'Unione Europea e dal Consiglio d'Europa;

¹⁸ Petrangolini T., Salute e diritti dei cittadini. Cosa sapere e cosa fare, Editori Riuniti, Roma, 2003.

¹⁹ Rodriguez D., Codici deontologici delle professioni sanitarie a confronto, in Benci L., Le professioni sanitarie (non mediche), McGraw-Hill Editore, Milano, 2003.

b) perché indica le coordinate entro le quali, in armonia con la nostra Costituzione (art. 32)²⁰, deve essere promossa la tutela della salute del singolo nell'interesse collettivo;

c) perché esorta i professionisti sanitari di tutti i Paesi dell'Unione Europea a riflettere sulle problematiche emergenti della scienza responsabilizzandoli ulteriormente.

La Carta è stata realizzata in collaborazione con 12 organizzazioni civiche dei Paesi dell'Unione Europea.

Il testo della Carta proclama i 14 seguenti diritti dei cittadini che mirano a garantire la protezione della salute umana assicurando l'elevata qualità dei servizi erogati dai diversi sistemi sanitari nazionali in Europa.

Ad ogni individuo devono essere garantiti i seguenti diritti:

- § a fruire dei servizi **di prevenzione** della malattia;
- § all'**accesso** ai servizi sanitari che il suo stato di salute richiede;
- § ad avere la possibilità di attingere ad **informazioni** su tutto quello che riguarda il suo stato di salute, i servizi sanitari e il modo in cui utilizzarli;
- § al **consenso**, tramite l'accesso a tutte le informazioni che possono metterlo in grado di partecipare attivamente alle decisioni che riguardano la sua salute;
- § alla **libera scelta** tra diverse procedure ed erogatori di trattamenti sanitari;
- § alla **confidenzialità** di tutte le informazioni di carattere personale;
- § a ricevere i necessari trattamenti in **tempi brevi** e predeterminati;
- § ad accedere a servizi sanitari di **alta qualità**;
- § ad essere sottoposto a trattamenti sanitari che garantiscano elevati standard di **sicurezza**;
- § ad accedere a **procedure innovative** in linea con gli standard inter-nazionali;

²⁰ Art. 32 Costituzione Italiana: La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana

- § ad **evitare** quanta più **sofferenza** possibile;
- § a **programmi** diagnostici e terapeutici il più possibile adatti alle sue esigenze **personali**;
- § a **reclamare** ogni volta che abbia subito un danno e a ricevere una risposta;
- § a ricevere un **risarcimento** adeguato in tempi ragionevolmente brevi ogni volta che abbia subito un danno causato dai servizi sanitari.

L'elenco dei 14 diritti dei pazienti è preceduta da alcune puntualizzazioni tra cui, in particolare quella che i diritti si prefiggono "... di rendere i diritti fondamentali applicabili e appropriati alla attuale fase di transizione dei servizi sanitari" essendo mirati "... a garantire un alto livello di protezione della salute umana ... assicurando l'alta qualità dei servizi erogati dai diversi sistemi sanitari nazionali".

Vengono poi fissati i seguenti assunti generali:

- a) la definizione dei diritti implica che cittadini ed attori della sanità assumano le proprie responsabilità;
- b) la Carta si applica a tutti gli individui, riconoscendo il fatto che le differenze (età, genere, religione, status socio-economico, livello di alfabetizzazione, ecc.) possono influenzare i bisogni individuali di assistenza sanitaria;
- c) la Carta non intende prendere posizioni su questioni di tipo etico e definisce diritti che sono validi negli attuali sistemi sanitari europei (potrà essere rivista e modificata in base all'evoluzione legislativa e della ricerca scientifica e tecnologica;
- d) i diritti concretizzano i diritti fondamentali e devono essere riconosciuti e rispettati indipendentemente da limitazioni finanziarie, economiche politiche, tenendo conto dei criteri di appropriatezza;
- e) il rispetto dei criteri di appropriatezza implica il soddisfacimento sia di requisiti tecnici e organizzativi, sia di modelli comportamentali e professionali;
- f) ogni articolo della Carta si riferisce a un diritto e lo definisce illustrando, senza la pretesa di prevedere tutte le possibili situazioni, ciò a cui esso si riferisce²¹.

²¹ Cembriani F. et al.: La Carta europea dei diritti del malato ed il Codice di deontologia della professione medica. in: www.74zero25.it/IPCdati/Diritti_Malato_lavoro.pdf

16.9 CONSENSO DELL'AVENTE DIRITTO

Il consenso all'atto medico del soggetto avente diritto è quell'atto di legittimazione che traduce in espressione pratica la facoltà di curare del medico.

Il rapporto medico-paziente può essere inteso come rapporto contrattuale basato su una volontà cosciente delle due parti, mancando la quale qualsiasi atto medico potrebbe essere interpretato come un'azione lesiva della persona o comunque atto illecito.

La legittimità dell'attività di cura da parte dei medici è contenuta in alcune norme del codice penale che contemplano cause generali di non punibilità, scriminanti del reato, nelle quali può rientrare appunto anche l'attività medica; tra queste si segnalano l'art. 50 c.p. (consenso dell'avente diritto) e l'art. 54 c.p. (stato di necessità), il primo dei quali rappresenta la fonte privilegiata e principale della legittimazione all'atto medico.

L'art. 50 c.p. così recita: *"non è punibile chi lede oppure in pericolo un diritto con il consenso della persona che può validamente disporne"*. Validità che assume un aspetto oggettivo, correlata cioè ai limiti del bene disponibile ed un aspetto soggettivo, attinente alla capacità psichica di colui che ne dispone. Un limite al consenso dato dal paziente è rappresentato 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"*).

Consenso vuol dire partecipazione, consapevolezza, informazione, libertà di scelta e di decisione da parte del paziente; si tratta cioè di diritti inalienabili di ogni cittadino e perciò anche della persona ammalata.

L'obbligo del professionista sanitario di munirsi valido consenso è sancito dall'art. 32 della Costituzione italiana: "nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge", ma anche dall'art. 13: "La libertà personale è inviolabile" e "nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge" e ancora "la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

Ne deriva che il medico non è legittimato ad agire, se non in presenza di una esplicita o implicita (nei casi di routine, anche se il presunto può non essere implicito) manifestazione di volontà del paziente che si affida alla sua opera professionale.

In caso di minore o incapace il consenso viene esercitato da chi ha la potestà tutoria ovvero in determinati casi dal giudice (genitore del minore che si oppongono ad un determinato trattamento senza il quale il paziente potrebbe venire a morte).

Da tenere presente che il consenso anche dei parenti stretti non ha alcun significato legale.

Si è passati dal paternalismo benevolo all'autodeterminazione consapevole, cioè ad un rapporto medico-paziente dove il medico si impegna alla informazione e il paziente, reso cosciente, si affida alla competenza del medico.

Dovere del medico è dunque il rispetto della dignità, della volontà, della libertà del paziente con la rinuncia ad ogni atteggiamento autoritario, nell'intento di rendere il paziente partecipe, quanto più possibile, del comune impegno alla tutela della sua salute (non al diritto alla sua salute, tenendo ben presente che tale aspettativa non può essere pretesa; infatti il medico può garantire solo una buona prestazione per la tutela della salute del suo paziente e non la sua immortalità).

È ormai pacifico, anche sulla base di quanto ampiamente discusso in materia medico-legale, che per essere valido il consenso dell'avente diritto deve avere in sé alcune caratteristiche imprescindibili; esso deve infatti essere: libero, informato, autentico ed immune da vizi.

La validità del consenso sta nella corretta informazione preliminare da fornire al paziente in maniera precisa ed esauriente sulla natura della malattia, sulle indicazioni e controindicazioni delle prestazioni che si vogliono porre in atto, sui rischi correlati, sugli obiettivi perseguiti, sulle conseguenze temporanee o permanenti, sulle misure alternative proponibili e sulla loro efficacia.

L'informazione dovrà essere: semplice, trattandosi per lo più di soggetti non esperti di arte medica; personalizzata, cioè adeguata al grado di preparazione culturale del paziente; esauriente, poiché dovrà esaudire tutte le richieste e le perplessità del paziente; veritiera ed equilibrata, tale da non creare scompensi in chi la riceve.

Il consenso deve poi essere libero, o liberamente dato, poiché deve rappresentare la libera espressione della volontà del paziente e non può essere condizionata dall'esterno da altri o da situazioni che potrebbero incidere sul libero convincimento del soggetto.

Con la locuzione di consenso autentico si vuole significare che esso deve provenire da chi è titolare del diritto, che deve essere cioè frutto di una scelta per-so-

nale e diretta dell'assistito, manifestato in modo inequivoco e certo. Deve cioè corrispondere alle aspirazioni della persona ai suoi bisogni ed alla sua effettiva volontà.

Il consenso infine per essere valido deve essere anche immune da vizi, intendendosi in questo modo che nella delicato rapporto medico-paziente deve sussistere buona fede da parte del professionista, che deve essere dotato dei requisiti legali per l'esercizio della dell'arte e competenza e capacità nell'esecuzione delle prestazioni proposte; ma anche deve basarsi sulla capacità della persona che lo presta di correttamente intendere e di volere.

La negazione del consenso impedisce qualsiasi intervento medico (salvo lo stato di necessità ex art. 54 C.P.).

Inoltre, il consenso può essere revocato dall'avente diritto in qualsiasi momento prima della erogazione della prestazione, sempre che l'atto sanitario sia ar-restabile senza pregiudizio per la salute del paziente; la revoca deve essere rispettata dopo che il paziente sia stato "perfettamente informato delle conseguenze.

Quando il professionista nell'esercizio della professione sanitaria si dovesse trovare di fronte ad una situazione di pericolo per il paziente, può e deve intraprendere qualsiasi attività diagnostiche terapeutiche che ritiene utile, necessario ed indispensabile per salvargli la vita o evitare gravi danni alla validità psichica e/o fisica; e ciò senza dover richiedere il consenso all'atto medico. Se il medico non agisse in tal senso incorrerebbe certamente in un comportamento antiggiuridico penalmente rilevante, tra i quali in particolare la omissione di soccorso (art. 593 c.p.)²².

La circostanza a cui si riferisce l'articolo 54 c.p. attiene ad uno stato di pericolo che deve essere grave e prospettare concretamente un danno rilevante e non emendabile; il pericolo deve essere attuale, significando cioè che debbono esistere tutte le condizioni del divenire patologico affinché l'esito gravemente dannoso si realizzi nell'immediato senza che ci sia tempo necessario per intraprendere le

²²¹ Art. 593 C.P. Omissione di soccorso: Chiunque, trovando abbandonato o smarrito un fanciullo minore degli anni dieci, o un'altra persona incapace di provvedere a se stessa, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia o per altra causa, omette di darne immediato avviso all'Autorità è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa fino a duemilacinquecento euro. Alla stessa pena soggiace chi, trovando un corpo umano che sia o sembri inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente o di darne immediato avviso all'Autorità. Se da siffatta condotta del colpevole deriva una lesione personale, la pena è aumentata; se ne deriva la morte, la pena è raddoppiata

normali procedure consensuali. Si diverte cioè in una situazione rapidamente evolutiva per cui, se l'intervento del medico non fosse immediato, l'evento dannoso si realizzerebbe nel giro di pochi minuti^{23 24}.

All'atto del consenso è subordinato ogni atto medico che, come detto, né elemento di legittimazione; tuttavia il consenso non esclude la possibilità di censura su eventuali errori professionali ed in ogni caso l'operatore è obbligato a fare del suo meglio per il bene del paziente, mettendo a disposizione l'assistito tutti i mezzi e le conoscenze più moderne.

Com'è noto non esiste una disposizione normativa per cui il consenso debba essere espresso per iscritto, ad eccezione di alcune fattispecie ove al contrario vi è esplicita previsione normativa, quale la trasfusione di sangue da emoderivati, nella sperimentazione dei farmaci, nella rettificazione in materia di attribuzione di sesso ecc. Peraltro, se è vero che il consenso può essere espresso anche oralmente, tuttavia è prudente ricorrere alla forma scritta in tutti quei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche, invasive e/o rischiose, o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica si renda opportuna una manifestazione inequivoca della volontà della persona. La prassi del consenso scritto risponde senza dubbio alle esigenze del diritto vigente e soprattutto della giurisprudenza, ed è di più facile riscontro probatorio rispetto alla prova per testimoni ma bisogna sempre ricordare che il C.I. è un atto a forma libera che non richiede obbligatoriamente la forma scritta se non per le particolari situazioni precedentemente indicate.

²³ Arcudi G. et al.: *Medicina legale*. Universitalia, 2008.

²⁴ Gerin C., Antoniotti F., Merli S.: *Medicina legale e delle assicurazioni*. SEU ed. 1997.

A large, light gray, serif letter 'A' is centered on the page. The word 'Appendici' is written in a black serif font, with the letter 'A' of the word overlapping the bottom of the large gray 'A'.

Appendici

APPENDICE NORMATIVA N.1
DISPOSIZIONI NORMATIVE RELATIVE ALLA FIGURA
DELL'INFERMIERE QUALE ESERCENTE L'ARTE AUSILIARIA
DELLA PROFESSIONE SANITARIA –ANNI 1925-1980–.

SOMMARIO

1. Regio Decreto Legge 15 Agosto 1925, n 1832, convertito nella legge 18 Marzo 1926, n 562. Istituzione delle scuole convitto professionali per infermiere.

2. Legge 23 Giugno 1927, n 1264. Disciplina delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie.

3. Regio Decreto 31 Maggio 1928, n 1334. Regolamento per l'esecuzione della legge 23 Giugno 1927, n 1264.

4. Regio Decreto 21 Novembre 1929, n 2330. Approvazione del regolamento per l'esecuzione del Regio Decreto Legge 15 Agosto 1925, n 1832.

5. Regio Decreto 27 Luglio 1934, n 1265. Testo Unico Leggi Sanitarie. Artt 130-141. Scuole convitto professionali per infermiere.

6. Legge 19 Luglio 1940, n 1098. Disciplina delle professioni sanitarie ausiliarie infermieristiche e di igiene sociale, nonché dell'arte ausiliaria di puericultrice.

7. Regio Decreto 2 Maggio 1940, n 1310. Determinazione delle mansioni delle infermiere professionali e degli infermieri generici.

8. Legge 29 Ottobre 1954, n 1046. Istituzione di scuole per infermiere ed infermieri generici.

9. Legge 25 Febbraio 1971, n 124. Estensione al personale maschile dell'esercizio della professione di infermiere professionale, organizzazione delle relative scuole.

10. Legge 3 Giugno 1980, n 243. Straordinaria riqualificazione professionale

degli infermieri generici e degli infermieri psichiatrici.

1. Regio Decreto Legge 15 Agosto 1925, n 1832, convertito nella legge 18 Marzo 1926, n 562. Istituzione delle scuole convitto professionali per infermiere.

Art. 1

Le facoltà universitarie medico-chirurgiche, i comuni del Regno, le istituzioni pubbliche di beneficenza, le istituzioni di previdenziale sociale, ed altri enti morali, nonché comitati costituiti allo scopo, possono essere autorizzati dal ministero dell'interno, di concerto con quella dell'istruzione, ad istituire scuole-convitto professionali per le infermiere.

Gli enti predetti, qualora dispongono di servizi adeguati alle necessità del tirocinio tecnico, possono altresì essere autorizzati nelle forme di cui sopra ad istituire scuole specializzate di medicina pubblica, igiene ed assistenza sociale per assistenti sanitarie visitatrici.

Art. 2

Alle scuole di cui all'articolo precedente qualunque sia l'ente che ne abbia promossa la istituzione è riconosciuta con decreto del ministro per l'interno della capacità di compiere tutti i negozi giuridici necessari per il raggiungimento del loro fine e di stare in giudizio per le azioni che ne conseguono.

Esse godono del beneficio del gratuito patrocinio nelle cause attive e passive in cui sono interessate.

Il riconoscimento di cui nel primo comma del presente articolo e la approvazione dello statuto possono seguire con lo stesso atto che concede l'autorizzazione ad istituire la scuola.

In mancanza di contraria disposizione dello statuto il consiglio di amministrazione della scuola è nominato per intero dall'ente che ne ha promosso l'istituzione.

Art. 3

I mezzi finanziari per il funzionamento delle scuole sono costituiti dai cespiti e dalle entrate loro proprie. Le scuole convitto professionali per infermiere usufruiscono altresì dei proventi derivanti dall'esercizio dell'assistenza a norma dell'articolo 6 in base a convenzioni da stipularsi con gli enti ospedalieri.

Art. 4

È istituita una commissione per dare parere:

- a) sulle domande di autorizzazione all'apertura delle scuole di cui all'articolo 1
- b) sui progetti tecnico-sanitari dell'impianto ed il funzionamento delle scuole
- c) sulle concessioni delle agevolazioni finanziarie previste dal presente decreto
- d) sui programmi di insegnamento e d'esame da adottarsi alle scuole
- e) sulla nomina degli insegnanti e sul conferimento dei posti di direzione delle scuole

La commissione è presieduta dal direttore generale della sanità pubblica ed è composta:

- del presidente della Croce Rossa italiana o di un suo delegato;
- di due membri nominati dal ministro per l'istruzione rispettivamente fra i clinici medici ed i clinici chirurghi delle università regie;
- di un membro nominato dal ministro per l'interno fra i direttori o primari di ospedali;
- della presidente dell'associazione nazionale fra infermiere

Della commissione fa parte altresì:

a) nelle questioni concernenti le scuole-convitto professionali per infermiere: un membro nominato dal ministro per interno fra persone particolarmente esperte in tema di assistenza ospedaliera

b) per le questioni concernenti le scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici: un membro nominato dal ministro per interno fra coloro che abbiano la presidenza o la direzione di una delle dette scuole

I membri nominati dai ministri per l'interno e per l'istruzione durano in carica per un quadriennio e sono sempre rieleggibili.

Art. 5

Le scuole, di cui all'articolo 1, sono poste sotto la diretta vigilanza dei ministeri dell'interno e dell'istruzione.

Il ministero dell'interno può concorrere a facilitarne la istituzione della vita oltreché con la concessione delle agevolzze previste dalla legge 21 aprile 1921, n. 596, e dal regio decreto-legge 30 dicembre 1923, n. 3132 convertito nella legge 17 aprile 1925 n. 473 con il conferimento di contributo nelle spese di funzionamento a carico del fondo di lire 100.000 annue che, a cominciare dall'esercizio finanziario 1925-26 sarà stanziato in un apposito capitolo da istituirsi con decreto del ministro per le finanze nello stato di previsione della spesa del ministero dell'interno, diminuendosi di eguale somma lo stanziamento del capitolo prov-

vedimenti profilattici in caso endemie, epidemie, vigilanza igienica, ecc.

Art. 6

Le scuole-convitto professionali per infermiere debbono funzionare presso un pubblico ospedale medico-chirurgico che abbia sufficiente disponibilità di servizi in proporzione al numero delle allieve, e provvedere con le proprie infermiere (capo-sala, infermiere diplomate, allieve) all'assistenza immediata di una parte almeno delle corsie dell'ospedale.

Qualora, in una determinata località, non sia possibile istituire scuole-convitto professionali per infermiere presso ospedali pubblici, il ministero dell'interno, di concerto con quello dell'istruzione, può autorizzare la istituzione di dette scuole anche presso istituti privati, purché rispondono ai requisiti di cui nel capoverso precedente.

Presso un medesimo ospedale non può essere istituita più di una scuola-convitto professionale per infermiere.

Qualora però presso uno stesso ospedale, funzionino contemporaneamente reparti ospedalieri e reparti clinici, possono gli uni e gli altri istituire una propria scuola-convitto professionale per infermiere.

Art. 7

Nelle scuole-convitto professionali per infermiere, l'insegnamento teorico-pratico, deve essere impartito da medici di riconosciuto valore, dalla direttrice e dalle capo-sala.

La direzione delle scuole-convitto deve essere affidata ad una infermiera che abbia conseguito in una scuola-convitto italiana il diploma ed il certificato di abilitazione a funzioni direttive e che abbia tenuto con lode per almeno un biennio funzioni direttive dell'assistenza infermiera in un reparto ospitaliero del regno.

La disposizione di cui nel precedente capoverso non è applicabile alle infermiere che, alla data di entrata in vigore del presente decreto, abbiano la direzione di scuole-convitto professionali per infermiere.

In via transitoria, e per la durata massima di dieci anni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, la direzione delle scuole-convitto può essere affidata anche ad infermiere che abbiano seguito i corsi delle scuole-convitto professionali per infermiere esistenti alla data del presente decreto e che abbiano

tenuto con lode per almeno un biennio funzioni direttive dell'assistenza infermiera in un reparto ospitaliero del regno nonché ad infermiere diplomate in scuole-convitto straniere.

Art. 8, come modificato dall'art. 1 della legge 13 dicembre 1956, n 1420.

Per l'ammissione alle scuole-convitto è prescritta, come titolo di studio minimo la licenza di scuola media inferiore o di scuola di avviamento o altro titolo di studio equipollente.

Nelle scuole-convitto le allieve compiono un corso biennale teorico-pratico con relativo tirocinio.

Quelle di dette allieve che, alla fine del biennio, abbiano superato apposito esame, secondo i programmi che verranno applicati del ministero dell'interno di concerto con quello dell'istruzione, conseguono un diploma di Stato per l'esercizio della professione di infermiera.

Il possesso di tale diploma costituisce titolo di preferenza per l'assunzione a posti di servizio di assistenza immediata negli ospedali dei comuni delle istituzioni pubbliche di beneficenza e di altri enti morali.

Art. 9

Presso le scuole-convitto può essere istituito un terzo anno di insegnamento per la abilitazione a funzioni direttive.

Quelle di dette allieve che, dopo aver conseguito il diploma di Stato per l'esercizio della professione di infermiera, abbiano superato con esito favorevole anche gli esami del terzo anno di corso, secondo programmi che verranno approvati dal ministero dell'interno di concerto con quello dell'istruzione, conseguono uno speciale certificato di abilitazione.

Il possesso di tale certificato costituisce titolo di preferenza per l'assunzione a posti direttivi.

Art. 10

Entro il termine di dieci anni dalla data di entrata in vigore del presente decreto le amministrazioni ospedaliere dovranno coprire gradatamente tutti posti di caposala che si renderanno vacanti con personale religioso o laico munito del

diploma di cui all'articolo 8.

Art. 11

Alle scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici possono essere ammesse le infermiere che siano provviste del diploma di cui all'articolo 8.

Art. 12

Nelle scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici le allieve devono compiere un corso annuale che comprende:

- a) insegnamenti teorico-pratici impartiti da professori competenti;
- b) tirocinio pratico sotto la direzione di un'assistente sanitaria o di persona riconosciuta competente e di comprovata pratica.

Art. 13

Le allieve che, alla fine del corso, abbiano superato apposito esame secondo programmi che saranno approvati dal ministero dell'interno di concerto con quello dell'istruzione conseguono un diploma di Stato per l'esercizio della professione di assistente sanitaria visitatrice.

Il possesso di tale diploma costituisce titolo di preferenza per l'assunzione a posti di servizio nelle istituzioni di carattere medico-sociale e nelle opere di igiene e profilassi urbana e rurale sotto la direzione e responsabilità del personale medico.

Art. 14

Con speciale regolamento su proposta del ministro per l'interno di concerto con quello per l'istruzione saranno stabilite le norme per l'esecuzione del presente decreto comprendenti anche le condizioni e modalità diverse da quelle conseguenti dagli articoli 8, 6 e 13 con le quali, in via transitoria entro due anni, all'infermiere laiche e religiose, e rispettivamente alle assistenti sanitarie visitatrici le quali dimostrino di possedere un conveniente tirocinio professionale possa farsi luogo al rilascio:

- a) di certificato di ammissione al secondo anno di corso
- b) di diplomi di Stato per infermiere professionali o per assistenti sanitari visitatrici

c) del certificato di abilitazione a funzioni direttive.

2. Legge 23 Giugno 1927, n 1264. Disciplina delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie.

Art. 1

Chiunque intenda esercitare le arti dell'odontotecnico, dell'ottico, del meccanico-ortopedico ed ernista e dell'infermiere, compresi in questa ultima categoria i capi bagnini degli stabilimenti idroterapici ed i massaggiatori, deve essere munito di speciale licenza ed aver raggiunto la maggiore età.

I limiti e le modalità di esercizio delle singole arti saranno determinati dal regolamento, da emanarsi di concerto tra i Ministri per l'interno e per la pubblica istruzione, per l'esecuzione della presente legge.

Art. 2

Con Regi decreti, da emanarsi su proposta del Ministro per la pubblica istruzione, di concerto col Ministro per l'interno, saranno istituiti corsi di insegnamento pel rilascio delle licenze di cui al precedente articolo.

Art. 3

Chiunque, non trovandosi in possesso della licenza o dell'attestato di abilitazione, di cui rispettivamente agli articoli 1 e 6, esercita una delle arti contemplate dalla presente legge è punito con la multa da L. 200 a L. 500.

In caso di recidiva, la pena è della detenzione da quindici a trenta giorni e della multa da L. 500 a L. 1000.

Il materiale che servì o fu destinato a commettere il reato è confiscato.

In attesa della decisione dell'autorità giudiziaria, il prefetto della provincia può ordinare la chiusura del locale nel quale l'arte sia stata abusivamente esercitata e il sequestro del materiale.

Art. 4

Alle pene di cui al precedente articolo soggiace anche chi, essendo regolarmente autorizzato all'esercizio di una delle professioni sanitarie o di una delle arti ausiliarie contemplate dalla presente legge, presta comunque il suo nome ovvero la sua attività, allo scopo di permettere o di agevolare il reato di cui all'articolo stesso.

La condanna ha per effetto la sospensione dall'esercizio della professione sanitaria o dell'arte ausiliaria per un periodo di tempo uguale a quello della pena inflitta.

Art. 5

Le contravvenzioni alle disposizioni del regolamento, in quanto non costituiscano reati già contemplati dalla presente o da altre leggi, saranno punite coll'ammenda da L. 100 a L. 300.

Disposizioni transitorie e finali

Art. 6

Coloro che, alla pubblicazione della presente legge, abbiano esercitato abitualmente e direttamente da almeno due anni le arti e le specialità contemplate all'art. 1, saranno ammessi, entro un anno dalla entrata in vigore della legge a dare una prova di idoneità innanzi ad una Commissione esaminatrice, secondo le norme che verranno stabilite nel regolamento di cui all'art. 1, di intesa tra i Ministri per l'interno e per la pubblica istruzione. Il certificato di idoneità conseguito abiliterà alla continuazione dell'esercizio. Potranno, tuttavia, essere ammessi alla prova di idoneità per l'arte di infermiere, anche senza aver compiuto il prescritto biennio di esercizio, coloro che dimostrino di aver eseguito i corsi per infermieri di bordo, indetti dal Ministero dell'interno, e superati i relativi esami.

La disposizione di cui al precedente comma è applicabile, su conforme parere, da esprimersi, caso per caso, dal medico provinciale, anche a coloro che dimostrino di avere seguito i corsi per infermieri indetti da istituti ospedalieri e di aver superati gli esami relativi.

Art. 7

Le amministrazioni ospitaliere potranno provvisoriamente mantenere gli infermieri attualmente in servizio, anche se sprovvisti della licenza o dell'attestato di abilitazione di cui rispettivamente agli articoli 1 e 6.

Nel termine di nove anni dalla pubblicazione della legge però, anche tale personale dovrà munirsi della licenza o dell'attestato suddetti.

Nulla è innovato alle disposizioni del R. Decreto 15 Agosto 1925, n 1832,

convertito in legge 18 Marzo 1926, n 562 concernenti le capo sala degli ospedali.

Art. 8

Fino a quando non saranno istituiti i corsi di cui all'articolo 2, sarà in facoltà del Ministro per l'interno, di concerto col Ministro per la pubblica istruzione, di indire nuove sessioni di esami di idoneità per gli infermieri di cui al precedente articolo e per coloro i quali, al momento in cui gli esami vengono indetti, abbiano un tirocinio di almeno quattro anni nell'arte che intendono di esercitare.

Art. 9

Le licenze e gli attestati di abilitazione, che verranno rilasciati ai sensi degli articoli 1 e 6, saranno soggetti alla tassa di concessione governativa nella seguente misura :

- a) per le arti dell'ottico, del meccanico-ortopedico ed ernista, L. 50 ;
- b) per gli odontotecnici e per gli infermieri, compresi i massaggiatori e i capi bagnini degli stabilimenti idroterapici, L. 30.

3. Regio Decreto 31 Maggio 1928, n 1334. Regolamento per l'esecuzione della legge 23 Giugno 1927, n 1264.

Art. 1

Saranno rilasciate, a termine dell'art. 2 della Legge 23 giugno 1927, n. 1264 , distinte licenze per l'esercizio di ciascuna delle seguenti arti ausiliarie delle professioni sanitarie:

- a) dell'odontotecnico;
- b) dell'ottico;
- c) del meccanico ortopedico ed ernista;
- d) dell'infermiere.

La licenza per infermiere, però, riguarderà o l'esercizio generico di tale arte, o le distinte specialità del massaggiatore e del capo bagnino degli stabilimenti idroterapici.

Le licenze di cui al presente articolo verranno rilasciate dagli istituti o scuole che saranno appositamente istituite di accordo tra i Ministri per l'interno, per

la pubblica istruzione e per l'economia nazionale e saranno vistate dal prefetto della Provincia.

I corsi per l'esercizio dell'arte di infermiere saranno istituiti in conformità a quanto è disposto dal R.D.L. 15 agosto 1925, n. 1832, convertito nella Legge 18 marzo 1926, n. 562, e dal regolamento relativo.

Art. 2

Coloro che abbiano frequentato i corsi per sottufficiali infermieri del regio esercito, della regia marina e della regia aeronautica, oppure i corsi per infermiere o per infermieri volontarie della croce rossa italiana o quelli delle esistenti scuole convitto professionali per infermiere, ed abbiano superati i relativi esami finali, quando siano in possesso degli altri requisiti personali previsti dalla legge e dal presente regolamento, si intendono autorizzati all'esercizio dell'arte di infermiere ai sensi degli articoli 1 e 2 della legge.

Si intendono egualmente autorizzati all'esercizio della specialità del massaggiatore coloro che abbiano frequentato i corsi per massaggiatore presso la regia scuola professionale annessa all'istituto dei ciechi adulti di Firenze e superati gli esami finali del corso.

L'autorizzazione dovrà constare da apposito attestato da rilasciarsi dal prefetto, dietro esibizione della quietanza della tassa di concessione di cui all'art. 9 della legge.

Nulla è innovato alle disposizioni degli articoli 21, 23 e 24 del R. Decreto 16 Agosto 1909, n. 615, per l'esecuzione della legge 14 febbraio 1904, n. 36, per quanto concerne l'attestato di idoneità del personale di vigilanza dei manicomi.

Art. 3

L'effettivo esercizio delle arti contemplate dal presente regolamento è subordinato alla registrazione della licenza di cui ai precedenti articoli o del certificato di abilitazione di cui all'art. 32 all'ufficio del Comune nel quale il titolare intende stabilire il suo abituale esercizio.

L'obbligo della registrazione del titolo compete anche alle infermiere che abbiano conseguito il diploma di cui all'art. 8 del R.D.L. 15 agosto 1925, n. 1832.

L'ufficio comunale non potrà procedere alla registrazione se l'aspirante non presenti il certificato di nascita comprovante che abbia raggiunto l'età di anni 21 e il certificato penale di data non anteriore a tre mesi da cui risulti che l'aspirante

si trovi nelle condizioni stabilite dall'art. 18.

Per coloro, che siano in possesso del titolo di abilitazione di cui alle disposizioni transitorie, la registrazione avrà luogo in base alla presentazione del solo titolo.

Art. 4

Eseguita la registrazione, l'ufficio comunale dovrà restituire all'esercente la licenza, il diploma o il titolo di abilitazione dopo avervi annotata l'avvenuta registrazione e darne notizia al medico provinciale, che dovrà tenere un registro, aggiornato, di tutti gli esercenti le singole arti ausiliarie dei Comuni della Provincia.

Art. 5

L'esercente arti ausiliarie delle professioni sanitarie che si trasferisce in altro Comune per esercitarvi la propria arte deve far registrare nuovamente la licenza all'ufficio del Comune nel quale si è trasferito presentando il titolo originale e un attestato del podestà del Comune di provenienza, comprovante l'avvenuta cancellazione dal registro di quel Comune.

Art. 6

Quando l'esercizio delle arti contemplate nel presente regolamento si effettua mediante la pubblica vendita di strumenti, apparecchi o altri prodotti speciali, l'ufficio comunale non potrà rilasciare la licenza di vendita ai sensi del R.D.L. 16 dicembre 1926, n. 2174 se il richiedente non abbia comprovato di essere autorizzato all'esercizio dell'arte ausiliaria, mediante la esibizione del titolo debitamente registrato, o non proponga alla vendita altra persona autorizzata, della quale dovrà essere esibito sempre il regolare titolo.

In caso di successiva sostituzione dovrà notificarsi parimenti il titolo del nuovo esercente.

Tali norme si applicano anche nel caso in cui uno stesso proprietario possieda più esercizi di vendita in uno stesso o in diversi Comuni.

Art. 7

Nessuna vendita potrà essere effettuata se non direttamente dall'esercente autorizzato, o almeno alla sua presenza.

Ogni contravvenzione alla presente disposizione sarà punita a norma di legge e del presente regolamento; e, in caso che sia stata accertata per più di due volte, potrà dar luogo alla sospensione dall'esercizio dell'arte, fino ad un mese, da decretarsi dal prefetto, sentito il Consiglio provinciale di sanità.

Contro il decreto del prefetto è ammesso ricorso al Ministro per l'interno entro quindici giorni dalla notifica.

Il ricorso ha effetto sospensivo.

Del provvedimento definitivo sarà data dal prefetto immediata notizia, per l'esecuzione, al podestà del Comune dove trovasi l'esercizio di vendita.

Art. 8

L'obbligo della notifica all'ufficio comunale dell'esercente l'arte ausiliaria incombe anche ai medici chirurghi ed agli abilitati all'esercizio della odontoiatria, in confronto degli odontotecnici che prestino abitualmente la propria opera nei loro gabinetti dentistici.

Art. 9

È vietato l'esercizio delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie nelle pubbliche vie o piazze.

Le autorità locali di pubblica sicurezza, pertanto, dovranno vietare la iscrizione dei suddetti esercenti nei registri di cui all'art. 122 del testo unico della legge di pubblica sicurezza approvato con R.D. 6 novembre 1926, n. 1848, e le autorità comunali non potranno rilasciare, in favore dei medesimi, permessi di pubblico posteggio.

Tuttavia, soltanto in occasione di feste, fiere, mercati ed altre pubbliche riunioni, e limitatamente alla loro durata, potranno, da parte delle suddette autorità, rilasciarsi, sotto opportune condizioni per assicurare la serietà e dignità della vendita, temporanee licenze e permessi, sempre che il richiedente compri di essere regolarmente autorizzato all'esercizio della rispettiva arte ausiliaria e non esistano nel comune negozi di vendita nei quali tale arte venga abitualmente esercitata.

Art. 10

A norma dell'art. 5 della legge, le contravvenzioni al disposto degli articoli 3, 6, 8 e 9 saranno punite, ove non costituiscano reati maggiori previsti dalla legge sull'esercizio delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie o da altre leggi, con

l'ammenda fino a L. 300.

In caso di recidiva l'ammenda non sarà minore di L. 200.

Art. 11

Gli odontotecnici sono autorizzati unicamente a costruire apparecchi di protesi dentaria su modelli tratti dalle impronte loro fornite dai medici chirurghi e dagli abilitati a norma di legge all'esercizio della odontoiatria e protesi dentaria, con le indicazioni del tipo di protesi da eseguire.

È in ogni caso vietato agli odontotecnici di esercitare, anche alla presenza ed in concorso del medico o dell'abilitata all'odontoiatria, alcuna manovra, cruenta o incruenta, nella bocca del paziente, sana o ammalata.

Art. 12

Gli ottici possono confezionare, apprestare e vendere direttamente al pubblico occhiali e lenti, soltanto su prescrizione del medico, a meno che si tratti di occhiali protettivi o correttivi dei difetti semplici di miopia e presbiopia, esclusi l'ipermetropia, l'astigmatismo e l'afachia.

È in ogni caso consentito ai suddetti esercenti di fornire direttamente al pubblico e riparare, anche senza prescrizione medica, lenti ed occhiali, quando la persona che ne dà la commissione presenti loro le lenti o le parti delle medesime di cui chiede il ricambio o la riparazione.

È del pari consentito ai suddetti esercenti di ripetere la vendita al Pubblico di lenti od occhiali in base a precedenti prescrizioni mediche che siano conservate dall'esercente stesso, oppure esibite dall'acquirente.

Art. 13

Ai meccanici ortopedici ed ernisti è consentito:

- a) il rilevamento diretto sul paziente di misure e di modelli, soltanto su prescrizione del medico;
- b) l'allestimento di apparecchi di protesi e di apparecchi tutori su misure e modelli rilevati a norma della lettera a);
- c) l'esecuzione di prove di congruenza degli apparecchi in corso di allestimento.

L'applicazione degli apparecchi allestiti a norma del presente articolo può essere eseguita dal meccanico ortopedico ed ernista soltanto dietro collaudo del medico che li abbia prescritti risultante o dalla presenza di quest'ultimo all'atto

della applicazione o dal rilascio di una sua dichiarazione scritta.

Art. 14

È vietato agli infermieri di compiere atti operativi, cruenti o incruenti, di qualsiasi portata.

Sono compresi in tale divieto:

- a) le riduzioni di lussazioni;
- b) le incisioni di ascessi anche superficiali;
- c) le iniezioni endovenose di qualsiasi medicamento;
- d) i cateterismi delle vie genito-urinarie, maschili e femminili;
- e) le medicazioni delle cavità nasali auricolari, oculari, orali;
- f) le medicazioni in genere delle ferite.

Art. 15

Soltanto sotto il controllo del medico curante è consentito agli infermieri di praticare:

- a) medicazioni di ulceri e piaghe esterne;
- b) medicazioni vaginali e rettali;
- c) massaggi e manovre meccaniche su organi e tessuti del corpo umano

Art. 16

Su prescrizione del medico curante, gli infermieri possono eseguire le seguenti operazioni:

- a) praticare bagni medicali, a scopo terapeutico;
- b) praticare iniezioni dermiche, ipodermiche e intramuscolari;
- c) eseguire frizioni;
- d) applicare bendaggi, impacchi, cataplasmi, vescicanti, mignatte e coppette semplici;
- e) praticare lavande rettali e vaginali;
- f) somministrare alimenti e farmaci per via orale o rettale e compiere in genere, a scopo professionale, le prestazioni di comune assistenza degli ammalati.

Art. 17

È vietato agli esercenti i mestieri di manicure e pedicure di compiere qualsiasi

atto o prestazione che, esorbitando dalla cura puramente estetica della mano e del piede, rientri fra gli atti propri della professione di medico chirurgo.

I trasgressori saranno puniti con le pene previste dalla legge pel reato di esercizio abusivo di professione sanitaria.

Art. 18

È vietato l'esercizio delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie contemplate dal presente regolamento a coloro che, fatta eccezione della ipotesi di cui all'art. 1 del R.D.L. 27 ottobre 1927, n. 1983, abbiano riportato condanne passate in giudicato a pene restrittive della libertà personale per la durata di oltre tre mesi pei delitti contro il buon costume, contro le persone e contro la proprietà di cui, rispettivamente ai capi 1, 2, 3 del titolo VIII, 1, 2, 4, 5 e 6 del titolo IX, e 1 e 2 del titolo X del II libro del Codice penale o che, avendone riportate, non abbiano ottenuto la riabilitazione.

Di ciascuna condanna come sopra riportata da esercenti le arti suddette, le competenti cancellerie giudiziarie dovranno, appena le relative sentenze siano divenute esecutorie, dare notizia all'ufficio del Comune nel quale detti esercenti siano domiciliati.

L'ufficio del Comune, ricevuta la comunicazione della riportata sentenza, provvederà al ritiro della licenza o titolo di abilitazione e alla cancellazione della registrazione di cui all'art. 3, dandone notizia all'ospedale o luogo di cura presso il quale il condannato sia eventualmente in servizio e al medico provinciale.

L'esercente che, inviati dall'ufficio comunale, non consegnerà ai fini del precedente comma, all'ufficio stesso, nel termine di dieci giorni, la licenza o titolo di abilitazione sarà punito con l'ammenda da L. 100 a L. 300.

Art. 19

Il prefetto della Provincia, con motivato decreto, sentito il medico provinciale, ordina con effetti immediati la cancellazione della registrazione della licenza o del certificato di abilitazione di quegli esercenti che abbiano riportato più di una condanna passata in giudicato per esercizio abusivo della professione sanitaria, o risultino notoriamente e abitualmente dediti all'ubriachezza.

Contro i provvedimenti di cui al presente articolo è ammesso, entro quindici giorni dalla notifica, ricorso in via gerarchica al Ministero dell'interno.

Copia di ciascun provvedimento definitivo emesso in base al presente articolo

dovrà a cura della Prefettura essere comunicata al podestà del Comune dove il condannato esercitava la sua arte.

Art. 20

Gli esercenti le arti contemplate nel presente regolamento, che esplichino la propria attività professionale in locali accessibili al pubblico, sono obbligati a tenere esposto, in modo ben visibile, nel locale stesso, anche quando questo appartenga a persona diversa dall'esercente, la propria licenza o il titolo di abilitazione, con l'annotazione dell'avvenuta registrazione all'ufficio comunale.

I suddetti esercenti inoltre, dovranno tenere ugualmente esposto un quadro contenente la letterale riproduzione delle disposizioni del presente regolamento che determinano i limiti di esercizio dell'arte che professano.

I contravventori saranno puniti con l'ammenda fino a L. 300.

In caso di recidiva l'ammenda non potrà essere inferiore a L. 200.

Alla stessa pena soggiace il proprietario della azienda nella quale l'arte ausiliaria si eserciti, quando sia persona diversa dall'esercente l'arte stessa.

Art. 21

I medici provinciali, gli ufficiali sanitari, i funzionari degli uffici municipali d'igiene, i funzionari ed agenti della forza pubblica possono entrare in qualsiasi ora del giorno nei locali di cui all'articolo precedente per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni dettate dalla legge sulle arti ausiliarie delle professioni sanitarie e dal presente regolamento.

Art. 22

È vietato a tutti coloro che esercitano le arti contemplate nel presente regolamento di fare uso, a qualsiasi scopo e con qualsiasi mezzo, nella indicazione delle arti che professano, di denominazioni e termini che non siano la rigorosa, letterale riproduzione di quelli usati, nella designazione delle arti stesse, dal presente regolamento.

È ugualmente vietato ai suddetti esercenti l'uso di abbreviazioni ed aggiunte a tali denominazioni che possano comunque ingenerare errori ed equivoci sul contenuto della attività professionale cui i medesimi sono autorizzati in forza del presente regolamento.

Le disposizioni dei due commi precedenti sono applicabili anche ai proprie-

tari delle aziende nelle quali si esercitino le arti che vi sono indicate quando siano persone diverse dagli esercenti le arti stesse.

I contravventori sono puniti con l'ammenda fino a L. 300.

In caso di recidiva l'ammenda non sarà inferiore a L. 200.

Disposizioni transitorie.

Art. 23

Coloro che attualmente esercitano le arti contemplate nel presente regolamento potranno, quantunque sprovvisti di titolo, continuare l'esercizio fino a quando non sia stata chiusa la sessione locale di esami di idoneità di cui all'art. 6 della legge.

Fino a quando non siano stati istituiti e non abbiano incominciato a funzionare i corsi di cui all'art. 2 della legge, gli esercenti regolarmente autorizzati alle arti ausiliarie possono farsi coadiuvare nelle proprie mansioni da tirocinanti, ai sensi dell'art. 8 della legge.

Ai suddetti tirocinanti, però, è vietato sotto comminatoria delle sanzioni di legge e del presente regolamento la esplicazione di ogni attività che importi comunque esercizio diretto in confronto del pubblico dell'arte che è oggetto del tirocinio che essi compiono.

Art. 24

Agli effetti dell'art. 7 della legge, entro un mese dalla pubblicazione del presente regolamento, le amministrazioni delle opere ospedaliere dovranno inviare al prefetto della provincia un elenco nominativo, in duplice esemplare, di tutti gli infermieri che ne dipendono, in servizio in tale qualità presso le amministrazioni stesse, all'atto della pubblicazione della legge.

Il prefetto restituirà uno di tali elenchi all'amministrazione ospedaliera, munito di visto e data, a titolo di prova della eseguita comunicazione.

Art. 25

Gli infermieri, che abbiano assunto servizio presso le amministrazioni ospedaliere dopo la pubblicazione della legge, dovranno dare gli esami di abilitazione nei termini stabiliti dall'art. 6 della legge.

Tuttavia coloro che non abbiano dato gli esami, o che, avendoli dati, non vi abbiano conseguito l' idoneità, potranno rimanere in servizio presso le amministrazioni stesse in qualità di tirocinanti ai sensi dell' art. 8 della legge, anche dopo l' istituzione dei corsi di cui all' art. 2 della legge.

Art. 26

Gli esami di abilitazione di cui all' art. 6 della legge consisteranno in prove pratiche manuali ed in risposte orali a quesiti fondamentali per ogni singola arte, che la commissione farà a ciascun candidato, e che, rientreranno nel corredo delle cognizioni indispensabili per l' esercizio delle arti stesse.

Art. 27

Gli esami saranno pubblici.

Terminato l' esame ed allontanato il pubblico, la commissione delibererà se il candidato sia idoneo a continuare l' esercizio della propria arte.

Il giudizio non dovrà essere tradotto in valutazione numerica.

Di tutte le operazioni saranno stesi verbali firmati dai commissari, che saranno trasmessi al prefetto appena terminata la sessione degli esami.

Art. 28

Le sedi e le date degli esami di cui al precedente articolo verranno stabilite d' intesa tra i ministri per l' interno, per la pubblica istruzione e per l' economia nazionale.

Esse verranno rese di pubblica ragione, mediante avviso da pubblicarsi nella gazzetta ufficiale del regno almeno un mese prima della data degli esami.

Art. 29

Le commissioni esaminatrici per le prove di abilitazione di cui ai precedenti articoli saranno costituite dal prefetto della provincia nella quale avranno la propria sede.

Delle commissioni faranno parte, oltre al medico provinciale o ad un altro medico appartenente alla amministrazione della sanità pubblica, due medici liberi esercenti, possibilmente insegnanti universitari o sanitari ospedalieri, uno dei quali, particolarmente competente nel ramo della medicina e chirurgia che ha speciale attinenza con l' arte ausiliaria sulla quale verterà l' esame, designato

dal direttorio del sindacato medico provinciale fascista.

Il residente sarà nominato dal prefetto, nella persona di uno dei componenti la commissione, con lo stesso decreto che la costituisce.

È in facoltà delle commissioni di aggregarsi, senza diritto a voto, un esercente che abbia già conseguito l'approvazione negli esami di abilitazione all'arte oggetto dell'esame.

È consentito far parte contemporaneamente di più di una commissione esaminatrice.

Art. 30

Coloro che, trovandosi nelle condizioni previste dalla legge, aspirino a dare gli esami di abilitazione di cui agli articoli precedenti debbono farne domanda entro il 30 giugno 1928 al prefetto della provincia nella quale a termini dello art. 28 sarà stabilita la sede degli esami.

Alla domanda debbono unire i seguenti documenti, debitamente legalizzati:

1/A atto di nascita da cui risulti che l'aspirante abbia compiuto o compia il 21/o anno di età entro il 31 dicembre 1928;

2/A fotografia regolarmente autenticata;

3/A documenti comprovanti che l'aspirante si trovi nelle condizioni previste dall'art. 6 della legge per l'ammissione agli esami di idoneità;

4/A certificato penale da cui risulti che l'aspirante si trovi nelle condizioni dettate dall'art. 18.

Tutti gli aspiranti, inoltre, dovranno far pervenire, entro la data fissata per la presentazione della domanda, all'economista della prefettura una cartolina-vaglia di L. 35 per il pagamento delle propine ai componenti la commissione esaminatrice in ragione di L. 10 per ciascuno e per le altre spese di esame.

Art. 31

La prefettura esaminerà le domande e i titoli pervenuti e ammetterà agli esami soltanto coloro che risultino in possesso dei requisiti prescritti dalla legge e dal regolamento, dandone avviso agli interessati a mezzo del podestà dei rispettivi comuni, almeno dieci giorni prima dall'inizio degli esami.

La prefettura inoltre compilerà per ciascuna arte un elenco completo di tutti gli aspiranti ammessi agli esami inviandone un esemplare, firmato dal prefetto, al presidente della commissione esaminatrice per l'arte stessa, almeno cinque

giorni avanti la sua convocazione.

Art. 32

A coloro che abbiano superato gli esami di abilitazione verrà rilasciato dal prefetto della provincia, nella quale hanno avuto luogo gli esami, un certificato di abilitazione alla continuazione della propria arte.

Tale certificato, che sarà rilasciato in seguito all'esibizione della quietanza dell'avvenuto pagamento della tassa di cui all'art. 9 della legge, sarà registrato all'ufficio comunale a norma dell'art. 3 senza presentazione di altri documenti.

Art. 33

Gli attuali esercenti i locali di vendita di cui all'art. 6 dovranno entro un mese dalla chiusura della sessione di esami uniformarsi al disposto dello stesso art. 6, per quanto si attiene alla notificazione all'ufficio comunale della persona che dovrà esercitare l'arte ausiliaria nel locale suddetto.

Il podestà del comune, con sua ordinanza da notificarsi all'interessato a mezzo del messo comunale, ordinerà la chiusura del negozio, quando l'esercente non si sia uniformato alle prescrizioni del presente articolo.

Contro l'ordinanza del podestà è ammesso ricorso, entro quindici giorni dalla notifica, al prefetto della provincia che decide definitivamente.

4. Regio Decreto 21 Novembre 1929, n 2330. Approvazione del regolamento per l'esecuzione del Regio Decreto Legge 15 Agosto 1925, n 1832, riguardante le scuole-convitto professionali per infermiere e le scuole specializzate di medicina, pubblica igiene ed assistenza sociale per assistenti sanitarie visitatrici.

TITOLO I

Dello scopo e della istituzione delle scuole

Art. 1

Le scuole-convitto professionali per infermiere ordinate secondo il R. decreto-legge 15 agosto 1925, n. 1832 (Legge 18 marzo 1926, n. 562), hanno lo scopo di impartire alle allieve, con unità di indirizzo e metodo scientifico, tutte le nozioni teoriche e pratiche necessarie a ben esercitare e dirigere l'opera di as-

sistenza diretta degli infermi nei reparti clinici e ospedalieri.

Le scuole specializzate di medicina, pubblica igiene ed assistenza sociale per assistenti sanitarie visitatrici hanno per scopo la preparazione di personale atto a prestazioni specializzate nel campo dell'igiene urbana e in quello della profilassi delle malattie infettive in genere, e delle malattie sociali.

Art. 2

Le università, gli enti e comitati che intendono essere autorizzati ad istituire una scuola-convitto professionale per infermiere, debbono rivolgere analoga domanda al Ministero dell'interno, corredandola dei seguenti documenti ed indicazioni:

a) deliberazione legalmente adottata dall'amministrazione dell'ente o degli enti che intendono istituire la scuola-convitto e, nel caso di comitati, gli atti relativi alla loro costituzione;

b) schema di statuto;

c) documenti dimostrativi dei mezzi finanziari a disposizione per l'impianto e il funzionamento della scuola-convitto;

d) progetto tecnico-sanitario per l'impianto e il funzionamento della scuola-convitto, comprendente:

1- la pianta e descrizione dei locali, che permetta anche di rilevare i rapporti dei locali della scuola con quelli dell'ospedale e specialmente con le infermerie;

2- lo schema, del regolamento speciale della scuola-convitto, in conformità delle disposizioni di cui all'art. 8 del presente regolamento;

3- l'indicazione del numero massimo delle allieve, che la scuola-convitto potrà accogliere;

4- l'indicazione del numero dei letti e delle sezioni e corsie o reparti di medicina, chirurgia e specialità, in cui le allieve compiranno il tirocinio pratico;

5- l'elenco numerico del personale per i posti direttivi e per l'insegnamento.

Ad ogni domanda deve essere unita una deliberazione della rappresentanza dell'ente o un atto impegnativo del privato, dai quali dipendono le cliniche o i reparti ospitalieri destinati ad essere serviti dalla scuola, in cui siano determinate le condizioni da osservarsi nelle rispettive prestazioni.

Agli effetti dell'art. 6 del R. decreto-legge 15 agosto 1925, n. 1832, convertito nella Legge 18 marzo 1926, n. 562, possono essere considerati pubblici anche gli ospedali che, debitamente autorizzati, rendano, in fatto, importanti servizi nel-

l'interesse della pubblica assistenza, ed esercitino largamente l'assistenza sanitaria gratuita o comunque con carattere di beneficenza.

Art. 3

I locali delle scuole-convitto professionali per infermiere debbono essere prossimi, ma perfettamente separati e distinti, dalle corsie dell'ospedale presso il quale funziona la scuola-convitto.

Detti locali dovranno, preferibilmente, essere di proprietà della scuola-convitto o dell'ente che ne ha promossa la fondazione ovvero concessi alla scuola-convitto in uso perpetuo.

Art. 4

Le scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici possono essere annesse a scuole-convitto professionali per infermiere, ovvero funzionare separatamente e distintamente da queste.

Per l'autorizzazione ad istituire dette scuole, si deve seguire la stessa procedura indicata all'art. 2 del presente regolamento, ed a corredo della domanda debbono unirsi gli stessi documenti ivi enumerati, tranne quelli di cui al numero 4 della lettera d).

Debbono inoltre specificarsi le istituzioni di carattere medico-sociale e le opere di igiene e profilassi urbana e rurale, nelle quali le allieve dovranno compiere il loro tirocinio pratico.

Art. 5

Il Ministero dell'interno, fatti gli accertamenti che riterrà opportuni, e provocato l'assenso di massima del Ministero dell'educazione nazionale, e, quando si tratti di scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici, anche del Ministero delle corporazioni, sottopone le domande di cui ai precedenti artt. 2 e 4 all'esame della speciale Commissione prevista dall'art. 4, lettera a) del R. decreto-legge 15 agosto 1925, n. 1832.

I decreti di autorizzazione all'istituzione delle scuole, da emanarsi dal Ministero dell'interno, di concerto con quello della educazione nazionale, e, quando si tratti di scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici, anche col Ministero delle corporazioni, determineranno anche le eventuali modalità dell'autorizzazione.

Dei decreti di autorizzazione è data notizia gratuitamente così nella Gazzetta

Ufficiale del Regno, come nel Foglio degli annunci legali della Provincia, nella quale ha sede la scuola.

TITOLO II

Dell'amministrazione e del funzionamento delle scuole

Art. 6

Ogni scuola-convitto professionale per infermiere ed ogni scuola specializzata per assistenti sanitarie visitatrici ha un proprio statuto ed un regolamento speciale che il Ministero dell'interno approva con lo stesso atto con cui autorizza la istituzione della medesima e le riconosce la capacità giuridica ai termini dell'art. 2 del R. decreto-legge 15 agosto 1925, numero 1832, o con decreti separati, sentita la Commissione di cui all'art. 4 del citato decreto, previo parere favorevole del Ministero delle corporazioni per le norme relative alla previdenza.

Il Ministro per l'interno avrà in ogni tempo la facoltà di disporre, di concerto con quello per l'educazione nazionale, e, quando si tratti di scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici, anche con quello per le corporazioni, la revisione degli statuti delle scuole già autorizzate per metterli in armonia con i risultati ottenuti dalle diverse scuole e con le nuove esigenze dell'assistenza.

Art. 7

Lo statuto di ogni scuola-convitto professionale per infermiere e di ogni scuola specializzata per assistenti sanitarie visitatrici deve determinare la composizione del consiglio di amministrazione.

Gli enti o collettività, che sotto qualsiasi forma, contribuiscano o concorrano al funzionamento della scuola, avranno diritto ad una rappresentanza nel consiglio di amministrazione della scuola stessa. Detta rappresentanza non potrà, però, in nessun caso essere superiore a due delegati per ogni ente o collettività.

Ferma restando, ove manchi contraria disposizione dello statuto, la facoltà dell'ente fondatore di nominare per intero il consiglio di amministrazione della scuola, ne farà in ogni caso, parte, su designazione della facoltà medico-chirurgica, con voto deliberativo, uno dei direttori delle cliniche o il direttore sanitario dell'ospedale, in cui il servizio di assistenza è affidato alla scuola.

Del consiglio medesimo fanno parte, inoltre, con voto consultivo:

la direttrice della scuola-convitto e, nel caso di scuola specializzata per assistenti sanitarie visitatrici, la direttrice o il direttore della scuola;

il direttore didattico della scuola di cui all'art. 12 qualora esista, o, in sua mancanza, un rappresentante degli insegnanti

Art. 8

Il regolamento speciale di ogni scuola-convitto professionale per infermiere e di ogni scuola specializzata per assistenti sanitarie visitatrici deve disciplinare tutto quanto si riferisce alla organizzazione tecnica, finanziaria, e amministrativa della scuola comprese le assicurazioni che l'ente, da cui la scuola dipende, intenda stipulare a favore del personale di assistenza e salariato; ferma restando l'osservanza di tutti gli obblighi nascenti dall'applicazione delle leggi per le assicurazioni sociali.

Art. 9

Le nomine del personale dirigente ed insegnante delle singole scuole sono deliberate dal consiglio di amministrazione per chiamata diretta o per concorso per titoli.

Con le stesse deliberazioni di nomina saranno anche stabiliti i relativi emolumenti, qualora non si tratti di insegnanti appartenenti al personale stabile della scuola.

Art. 10

La direttrice della scuola-convitto professionale per infermiere presiede alla istruzione delle allieve nelle materie il cui insegnamento sia impartito da sue dipendenti ed alle relative esercitazioni pratiche nella scuola, nelle infermerie e in ogni altro campo del servizio ospedaliero.

Essa vigila sull'educazione morale delle allieve, cura l'osservanza degli orari e della disciplina, applicando, nei casi d'infrazione, le sanzioni regolamentari; sorveglia affinché l'ordine, la pulizia e l'igiene nella scuola e nel convitto siano rispettati.

Spetta, altresì, alla direttrice distribuire convenientemente le mansioni delle allieve, per assicurare con opportuni turni di servizio, diurno e notturno, la migliore assistenza dei malati.

Essa corrisponde con le autorità e con il pubblico per quanto riguarda l'andamento della scuola-convitto.

La direttrice è responsabile verso l'Amministrazione, da cui la scuola dipende, della buona conservazione degli stabili, delle suppellettili e della biancheria.

Per ciò che si riferisce al servizio d'assistenza immediata degli infermi, la direttrice dipende dal direttore della clinica o dell'ospedale presso cui funziona la scuola-convitto, ed è responsabile verso di lui per l'organizzazione del servizio, la preparazione delle allieve ammesse a praticare l'assistenza degli infermi e l'osservanza delle disposizioni generali.

Per quanto riguarda l'andamento generale dell'insegnamento ed il regolare svolgimento delle lezioni teoriche e pratiche, la direttrice dipende dal direttore della clinica o dell'ospedale presso cui la scuola-convitto ha sede, quando quest'ultima sia stata istituita dall'amministrazione della stessa clinica o dello stesso ospedale.

In caso contrario dipende dal consiglio di amministrazione della scuola-convitto, e, quando esista, dal direttore didattico di cui al successivo art. 12.

Art. 11

La direzione delle scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici deve essere affidata a persona di riconosciuta specifica competenza e di comprovata capacità.

Nel caso di scuole specializzate, annesse a scuole-convitto professionali per infermiere, la direzione può essere affidata alla stessa direttrice della scuola-convitto.

Art. 12

Tanto nelle scuole-convitto professionali per infermiere, quanto nelle scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici, il consiglio di amministrazione può nominare un direttore didattico, con l'incarico di sorvegliare l'andamento generale dell'insegnamento teorico e pratico.

La nomina di esso deve cadere sopra uno dei medici insegnanti nella scuola, dotato di particolari attitudini e competenza.

Il personale insegnante della scuola risponde direttamente verso il direttore didattico della regolarità dell'insegnamento affidatogli.

Nessun direttore didattico, però, può essere nominato nelle scuole-convitto funzionanti presso cliniche ed ospedali, che hanno promossa direttamente l'istituzione della scuola, intendendosi che, in questo caso, le funzioni di direttore didattico spettano allo stesso direttore della clinica o dell'ospedale.

Il direttore didattico convoca, quando lo creda opportuno, e presiede il consiglio degli insegnanti della scuola, per trattare questioni generali o particolari interessanti l'insegnamento, e ne sottopone poi i deliberati al consiglio di amministrazione per i provvedimenti di sua competenza.

Del consiglio degli insegnanti fa parte di diritto, con voto deliberativo, la direttrice della scuola-convitto, o, nel caso di scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici, la direttrice o il direttore della scuola stessa.

Art. 13

Gli insegnanti delle scuole-convitto professionali per infermiere debbono essere scelti a preferenza nel personale delle facoltà medico-chirurgiche, dei pubblici ospedali e delle pubbliche amministrazioni sanitarie, secondo la loro particolare competenza.

Gli insegnanti delle scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici debbono essere specialmente competenti nella medicina, nella pubblica igiene e nella assistenza sociale ed essere scelti preferibilmente nel personale delle Facoltà medico-chirurgiche od in quello delle Amministrazioni dello Stato, delle Province, dei Comuni e di istituzioni di carattere medico-sociale.

Art. 14

Per l'assistenza immediata degli infermi, la capo-sala dipende dal medico preposto al reparto ed assume la responsabilità anche per le infermiere e per le allieve.

Le capo-sala della scuola-convitto professionale debbono essere infermiere diplomate, abilitate a funzioni direttive, a norma dell'art. 9 del R. decreto-legge 15 agosto 1925, n. 1832, o delle disposizioni transitorie del presente regolamento.

TITOLO III

Dell'ammissione delle allieve

Art. 15

Le scuole-convitto professionali per infermiere non possono ammettere che allieve interne.

Possono essere considerate come allieve interne, secondo le modalità stabilite

dai regolamenti speciali e ancorché frequentino la scuola per il solo tirocinio teorico-pratico, le appartenenti a collettività, con vita in comune.

Le scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici, abbinata a scuole-convitto professionali per infermiere, possono ammettere anche allieve esterne per il conseguimento del diploma di assistente sanitaria visitatrice.

Art. 16

Il numero delle allieve da ammettere nelle scuole-convitto professionali per infermiere deve essere proporzionato alla capacità dei locali del convitto ed alla disponibilità dei servizi dell'ospedale, presso cui la scuola funziona.

Quanto alla disponibilità dei servizi ospedalieri, devesi calcolare almeno un'allieva di turno di sette ore per la assistenza da sei a dieci malati secondo la natura o gravità di questi.

Nelle scuole specializzate per assistenti visitatrici, il numero delle allieve da ammettere dev'essere proporzionale alla entità dei servizi di assistenza e previdenza sociale, d'igiene e profilassi assegnati alla scuola per il tirocinio pratico delle allieve medesime.

Art. 17

Coloro che desiderano di essere ammesse in una scuola-convitto professionale per infermiere debbono farne domanda alla direttrice della scuola stessa, prima dell'inizio dell'anno scolastico e nel termine fissato dal regolamento speciale.

Alla domanda d'ammissione debbono essere uniti:

- il certificato di nascita;
- il certificato attestante la cittadinanza della richiedente;
- il certificato di stato civile della richiedente;
- il certificato di buona condotta, di data recente;
- il certificato penale, di data egualmente recente;
- una dichiarazione firmata da due persone rispettabili, conosciute dall'amministrazione della scuola, che attestino la indiscussa moralità dell'aspirante;
- il certificato medico di sana e robusta costituzione fisica o di perfetto stato mentale, debitamente legalizzato;
- il certificato di subita rivaccinazione rilasciato dal competente ufficio sanitario comunale, debitamente legalizzato;

- la fotografia della richiedente, debitamente vidimata;
- il certificato degli studi compiuti, a norma del successivo art. 20.

Le aspiranti di nazionalità estera devono comprovare di conoscere bene la lingua italiana.

Coloro che desiderano di essere ammesse in una scuola specializzata per assistenti sanitarie visitatrici, debbono farne domanda alla direttrice o al direttore della scuola stessa, prima dell'inizio dell'anno scolastico e nel termine fissato dal regolamento speciale, e unire alla domanda i documenti di cui al secondo comma del presente articolo, sostituendo solo, al certificato degli studi compiuti, il diploma di Stato di infermiera professionale.

Sull'ammissione delle aspiranti decide il consiglio di amministrazione della scuola.

Art. 18

Non possono essere ammesse nelle scuole-convitto professionali per infermiere coloro che siano di età inferiore agli anni 18, od abbiano superato l'età di anni 35.

Non possono essere ammesse al corso di abilitazione a funzioni direttive ed alle scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici coloro che siano di età inferiore agli anni 20 od abbiano superato l'età di anni 38.

In casi speciali, il consiglio di amministrazione può concedere deroghe al limite massimo di età.

Le allieve che all'età di 20 anni conseguono il diploma del corso biennale non potranno, per l'art. 3 del R. decreto 31 maggio 1928, n. 1334, valersene a scopi professionali, se non dopo aver raggiunta l'età maggiore.

Art. 19 come sostituito dall'articolo unico del DPR 13 ottobre 1959, n. 1354

Le allieve minori di età non possono essere ammesse nelle scuole senza l'esplicito consenso scritto del padre o di chi esercita la patria potestà.

Questi, inoltre, qualora non risieda nella città dove ha sede la scuola, trattandosi di ammissione a scuola-convitto professionale per infermiere, deve indicare il nome e l'indirizzo di un raccomandatario ivi residente a cui la direttrice possa rivolgere eventuali comunicazioni di urgenza nell'interesse dell'allieva.

Art. 20

Possono essere ammesse al primo corso delle scuole-convitto professionali per infermiere le aspiranti che abbiano conseguito licenza di scuola media inferiore o di scuola di avviamento o altro titolo di studio equipollente.

I titoli di studio conseguiti all'estero dalle aspiranti italiane o straniere sono esaminati caso per caso dal Consiglio di amministrazione, previo giudizio di equipollenza a quelli di cui al precedente comma. Tale giudizio è promosso per il tramite del provveditore agli studi.

Art. 21

Le allieve ammesse nel convitto sono preliminarmente sottoposte ad una visita medica da parte di uno o più sanitari designati dal consiglio di amministrazione.

La visita medica deve essere ripetuta a tutte le allieve al principio di ogni anno scolastico, ed i referti relativi debbono conservarsi nei fascicoli personali delle allieve.

Le allieve, entro due mesi dall'ingresso, debbono subire la vaccinazione antiftifica, a termini del decreto 2 dicembre 1926 del Ministro per l'interno.

Art. 22

Nelle scuole-convitto professionali per infermiere e nelle scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici le allieve sono ammesse in prova.

Il periodo di prova dura due mesi, trascorsi i quali la direttrice della scuola riferirà al consiglio di amministrazione sull'esito della prova. Se questa riuscirà favorevole sotto tutti i punti di vista, l'ammissione diventa definitiva; altrimenti è disposto, dal consiglio di amministrazione, il licenziamento dell'allieva senza obbligo di motivazione.

Per giustificati motivi, può essere consentito il trasferimento da una scuola autorizzata ad un'altra, anche ad anno scolastico incominciato.

Art. 23

Le scuole-convitto professionali per infermiere e le scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici sono gratuite o a pagamento.

Per le scuole a pagamento, il regolamento speciale deve fissare la retta da pagarsi dalle allieve e il modo di pagamento.

Per casi speciali, determinati dal detto regolamento, il consiglio di ammini-

strazione della scuola può concedere riduzioni di rette ed anche ammissioni totalmente gratuite.

TITOLO IV

Della disciplina interna delle scuole

Art. 24

Le allieve delle scuole-convitto professionali per infermiere debbono disimpegnare, sia di giorno, che di notte, non più di sette ore complessive di tirocinio pratico nelle infermerie assegnate alla scuola, secondo i turni stabiliti dalla direttrice ed approvati dal direttore della clinica o dell'ospedale, in base alle norme di massima stabilite nel regolamento speciale.

In nessuna scuola, però, sia per infermiere, sia per assistenti sanitarie visitatrici, le allieve debbono rimanere occupate per più di nove ore al giorno, includendo in questo periodo tanto il tempo delle lezioni, quanto quello assegnato allo studio in convitto e al tirocinio pratico.

Art. 25

Le trasgressioni di cui le allieve si siano rese colpevoli nella scuola, nel convitto e nel disimpegno del loro tirocinio pratico, debbono essere riferite immediatamente alla direttrice, per i conseguenti provvedimenti disciplinari.

Questi possono essere: l'ammonizione verbale e scritta, la privazione della libera uscita, se si tratta di scuola-convitto, e il licenziamento dalla scuola.

L'ammonizione e la privazione della libera uscita si applicano per le mancanze lievi e sono di competenza del dirigente della scuola.

Il licenziamento si applica nei casi di indisciplinatezza grave, di recidiva nei fatti che dettero in precedenza motivo ad altro provvedimento disciplinare, o per irregolare condotta fuori della scuola, ed è pronunziato sempre dal consiglio di amministrazione, sentito il dirigente della scuola.

TITOLO V

Dell'insegnamento

Art. 26

Le materie obbligatorie di insegnamento sono:

a) per il diploma di infermiera professionale:

- 1- elementi di anatomia e di fisiologia;
 - 2- elementi di medicina e di chirurgia;
 - 3- assistenza medica, assistenza chirurgica e assistenza infantile;
 - 4- pronto soccorso;
 - 5- nozioni di igiene;
 - 6- elementi di etica professionale e di economia domestica.
- b) per il diploma di abilitazione e funzioni direttive nell'assistenza infermiera:
- 1- perfezionamento nelle materie dei primi due anni;
 - 2- tecnica ospitaliera con speciale riguardo alle funzioni di capo-sala
 - 3- elementi di igiene e di medicina sociale.
- c) per il diploma di assistente sanitaria visitatrice:
- 1- igiene e previdenza sociale;
 - 2- profilassi ed assistenza in rapporto alle malattie sociali;
 - 3- assistenza scolastica e domiciliare;
 - 4- economia domestica;
 - 5- malattie del lavoro e igiene industriale.

Art. 27

I programmi particolareggiati di ciascuna materia obbligatoria d'insegnamento sono proposti dal consiglio degli insegnanti della scuola, d'accordo con la direzione della scuola, e deliberati dal consiglio di amministrazione.

Di essi, quelli riferentisi alle materie indicate alle lettere a) e b) del precedente articolo diventano esecutivi dopo l'approvazione dei Ministri dell'interno e dell'educazione nazionale, sentita la speciale Commissione di cui all'art. 4 del regio decreto-legge 15 agosto 1925, n. 1832 ; quelli, invece, riferentisi alle materie indicate alla lettera c) dell'articolo stesso non saranno esecutivi se non riporteranno pure l'approvazione del Ministero delle corporazioni.

Il Ministro per l'interno, di concerto con quello per l'educazione nazionale, e, quando si tratti di scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici, con quello per le corporazioni, nell'approvare i programmi d'insegnamento delle singole scuole, fissa anche il numero minimo delle ore da dedicarsi, durante l'anno scolastico, all'insegnamento di ciascuna materia, tenendo presente che l'insegnamento pratico deve avere preponderanza assoluta su quello teorico.

Oltre le materie obbligatorie di insegnamento, le scuole possono impartire insegnamenti facoltativi coll'autorizzazione del Ministero dell'interno e del Mi-

nistero dell'educazione nazionale, e, quando si tratti di scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici, anche del Ministero delle corporazioni, salva l'osservanza delle norme di cui agli artt. 59 (lettera b) e 67 del regolamento 15 aprile 1926, n. 718, agli effetti del conseguimento del diploma professionale di assistente visitatrice d'igiene materna e infantile a norma dell'art. 69 dello stesso regolamento.

TITOLO VI

Degli esami e dei diplomi professionali

Art. 28

Nelle scuole-convitto professionali per infermiere e nelle scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici devono essere tenute annualmente due sessioni di esame, l'una estiva e l'altra autunnale.

Art. 29

Al termine dell'anno scolastico deve essere fatto lo scrutinio finale calcolando la media dei voti riportati dall'allieva, nell'anno, per il profitto in ciascuna materia, per lo studio, per la condotta e per l'ordine e precisione in servizio.

Le allieve che non abbiano raggiunta la media di sei decimi, se si tratta di allieve infermiere, e di sette decimi, se si tratta di aspiranti a funzioni direttive e di aspiranti ad assistente sanitaria visitatrice, non sono ammesse agli esami della sessione estiva.

Art. 30

Gli esami di passaggio dal primo al secondo corso delle scuole-convitto professionali per infermiere hanno luogo nelle epoche stabilite dal consiglio degli insegnanti.

Detti esami vertono su tutte le materie d'insegnamento teorico e pratico comprese nel programma e consistono soltanto in una prova orale e in una prova pratica.

Art. 31

Le commissioni esaminatrici per gli esami di passaggio dal primo al secondo anno di corso delle scuole-convitto professionali per infermiere sono presiedute da un membro del consiglio di amministrazione e composte di tre insegnanti e della direttrice della scuola-convitto.

Le commissioni esaminatrici per gli esami di diploma di infermiera professionale e per quelli di abilitazione a funzioni direttive sono costituite come al 1 comma del presente articolo, coll'aggiunta di un rappresentante del Ministero dell'interno e di un rappresentante del Ministero dell'educazione nazionale.

Le commissioni esaminatrici per gli esami di diploma per l'esercizio della professione di assistente sanitaria visitatrice sono costituite come al 2 comma del presente articolo coll'aggiunta di un rappresentante del Ministero delle corporazioni; al posto della direttrice della scuola-convitto vi è la direttrice o il direttore della scuola specializzata.

Art. 32

Gli esami di Stato per le aspiranti al diploma d'infermiera professionale, al certificato di abilitazione a funzioni direttive al diploma di assistente sanitaria visitatrice consistono in una prova scritta, in una prova pratica ed in una prova orale, secondo i programmi che verranno approvati ai termini dell'art. 27 del presente regolamento.

L'esame di ciascuna prova, pratica e orale, deve durare non meno di dieci minuti.

Per la prova scritta, il tempo è fissato dalla commissione esaminatrice.

I temi per la prova scritta, uguali per tutte le scuole, sono assegnati direttamente dal Ministero dell'interno, di concerto con quello dell'educazione nazionale, e, quando si tratti di esami per il diploma di assistenti sanitarie visitatrici, anche con quello delle corporazioni, e vengono trasmessi ai presidenti delle commissioni esaminatrici, in plico suggellato, due giorni prima di quello della prova, che viene fissato per tutto il Regno.

Art. 33

Nel giorno stabilito per la prova scritta, il presidente della commissione esaminatrice, fatta verificare l'integrità dei suggelli dai commissari e dalle candidate, apre il plico e detta il tema ad alta voce.

Due dei commissari, per turno, vigilano affinché le candidate non comunichino fra loro e non facciano uso di libri e di manoscritti.

Verificandosi tale infrazione, le candidate sono escluse senz'altro dall'esame, e se ne prende nota a verbale.

I lavori non debbono essere firmati dalle candidate, bensì consegnati alla commissione esaminatrice in busta chiusa, nella quale ogni candidata avrà previamente posta una busta più piccola, ugualmente chiusa, contenente il proprio nome, cognome e indirizzo.

I lavori debbono essere scritti su carta portante il timbro della scuola.

È vietato di porre sui lavori o sulle buste qualunque contrassegno, che renda possibile il riconoscimento delle candidate.

Anche tale infrazione è punita con l'annullamento della prova e con la esclusione dall'esame.

Sopra ciascuna busta grande contenente il lavoro, due commissari di turno appongono la propria firma e segnano l'ora della consegna, nella parte posteriore della busta, attraverso i bordi di chiusura.

Nei giorni stabiliti per la lettura dei temi scritti, la commissione esaminatrice apre successivamente le singole buste grandi, apponendovi un numero d'ordine, che dev'essere ripetuto sulla busta piccola e sul tema.

Avvenuta la votazione su tutti i lavori, vengono aperte le buste piccole da cui rilevansi i nomi delle candidate.

Delle operazioni compiute in ogni seduta la commissione redige apposito verbale.

Art. 34

Ogni membro della commissione esaminatrice dispone di dieci punti per ciascuna prova di esame, orale, pratica e scritta.

Per ottenere l'approvazione, l'allieva deve riportare sei decimi in ciascuna prova di esame, sia di promozione che di diploma, se si tratta di aspirante al diploma di infermiera professionale.

Per l'iscrizione, invece, al terzo anno di corso per l'abilitazione a funzioni direttive ed al corso specializzato per assistenti sanitarie visitatrici, e per il conseguimento del rispettivo certificato di abilitazione o diploma di Stato, l'aspirante deve avere riportato non meno di sette decimi in ciascuna prova di esame.

L'allieva riprovata in una o più materie in una sessione è ammessa alla ripara-

zione in quella successiva.

Non ottenendo l'approvazione neppure in questa ultima, deve ripetere l'anno. Riprovata pure al secondo anno, deve lasciare la scuola.

Art. 35

Il diploma di Stato per infermiera professionale, il certificato di abilitazione a funzioni direttive e il diploma di Stato per assistente sanitaria visitatrice vengono rilasciati dalle singole scuole.

Del rilascio deve prendersi nota nei registri della scuola e nel fascicolo personale dell'allieva.

I diplomi ed i certificati anzidetti sono sottoposti al pagamento delle tasse di bollo e di concessione governativa a norma delle disposizioni vigenti.

Art. 36

Ai componenti delle commissioni esaminatrici di cui al precedente art. 31 può essere assegnata una medaglia di presenza, che in ogni caso non deve superare le L. 25, per ogni giorno di adunanza.

Ai componenti medesimi non residenti nel comune ove hanno luogo gli esami, spetta il rimborso delle spese di viaggio e l'indennità giornaliera di soggiorno di L. 70, qualora non appartengano al personale dipendente dalle Amministrazioni dello Stato.

Agli altri componenti che appartengano al personale suddetto, sono applicabili le disposizioni di cui agli artt. 180 e 181 del R. decreto 11 novembre 1923, n. 2395.

Tutte le indennità anzidette sono a carico della scuola.

Art. 37

I consigli di amministrazione delle scuole-convitto professionali per infermiere debbono, nel maggio di ogni anno, rassegnare al Ministero dell'interno (Direzione generale della sanità pubblica) e al Ministero dell'educazione nazionale, per il tramite della prefettura, una relazione riassuntiva dei risultati ottenuti nell'anno precedente, indicando il numero dei diplomi rilasciati.

Analogamente debbono provvedere le scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici, trasmettendo la cennata relazione riassuntiva anche al Mini-

stero delle corporazioni.

TITOLO VII

Della vigilanza governativa

Art. 38

Nel diritto di vigilanza che, per l'art. 5 del R. decreto-legge 15 agosto 1925, n. 1832, compete ai Ministeri dell'interno e dell'educazione nazionale sulle scuole-convitto professionali per infermiere e sulle scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici è compresa la facoltà di richiedere copia delle deliberazioni adottate dai rispettivi consigli di amministrazione, di pronunziarne, in ogni tempo, l'annullamento, di ordinare ispezioni ed inchieste sull'andamento delle scuole stesse.

Eguale facoltà compete, nel caso di scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici, anche al Ministero delle corporazioni.

Il consiglio di amministrazione delle scuole può essere sospeso dalle sue funzioni con decreto del Ministro per l'interno, emanato di concerto con quello per l'educazione nazionale, e, quando si tratti di scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici, anche con quello per le corporazioni.

Col decreto stesso sarà nominato il commissario per la temporanea gestione della scuola.

Il commissario non potrà rimanere in funzione ordinariamente per più di tre mesi.

In casi gravi, il Ministro per l'interno, di concerto con quello per l'educazione e, quando si tratti di scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici, anche con quello per le corporazioni, può sciogliere il consiglio di amministrazione delle scuole e procedere alla nomina di un commissario straordinario, il quale non potrà rimanere in funzione ordinariamente per più di sei mesi.

Le spese per il commissario saranno sempre a carico della scuola.

TITOLO VIII

Disposizioni generali e transitorie

Art. 39

Le religiose, che, per regola del loro istituto, non possono prestare l'assistenza agli uomini, potranno ricevere un diploma professionale con tale limitazione.

Art. 40

Le scuole-convitto professionali per infermiere esistenti all'atto della pubblicazione del R. decreto-legge 15 agosto 1925, n. 1832, siano esse erette o non in ente morale, dovranno regolarizzare la loro posizione agli effetti del Regio decreto medesimo e del presente regolamento entro il termine di sei mesi dalla data di pubblicazione del regolamento stesso.

Art. 41

Ai componenti della Commissione prevista all'art. 4 del R. decreto-legge 15 agosto 1925, numero 1832, è assegnata una medaglia di presenza di L. 25 per ogni giorno di adunanza.

Ai componenti medesimi non residenti a Roma spetta il rimborso delle spese di viaggio e l'indennità giornaliera di L. 80, qualora non appartengano al personale dipendente dalle Amministrazioni dello Stato. Agli altri componenti che appartengono al personale suddetto, sono applicabili le disposizioni di cui agli artt. 180 e 181 del R. decreto 11 novembre 1923, n. 2395.

Tutte le indennità anzidette graveranno sullo stato di previsione della spesa del Ministero dell'interno, e propriamente a carico dello stanziamento per le spese delle commissioni tecnico-sanitarie.

Art. 42

Alle infermiere laiche e religiose, che, munite o meno del certificato di abilitazione di cui all'art. 6 della Legge 23 giugno 1927, n. 1264, ne facciano domanda al prefetto della provincia di residenza entro due anni dalla pubblicazione del presente regolamento, e che dimostrino, in base a documenti e titoli, da valutarsi dalle speciali commissioni di cui al successivo art. 44, di aver compiuto un conveniente tirocinio professionale, da valutarsi secondo il servizio effettivamente prestato, può essere rilasciato:

- a) il certificato di ammissione al 2 anno di corso, se il tirocinio abbia avuto una durata minima di due anni;
- b) il diploma di Stato per infermiere professionali, se il tirocinio abbia avuto una durata minima di quattro anni;

c) il certificato di abilitazione a funzioni direttive, se il tirocinio professionale abbia avuto una durata minima di sei anni, dei quali almeno due con funzioni direttive e se l'aspirante dia prova di possedere una adeguata cultura generale e tecnica.

La durata minima del tirocinio professionale richiesto per il rilascio del diploma di Stato per infermiere e del certificato di abilitazione a funzioni direttive, di cui alle lettere b) e c) del precedente comma, è ridotta alla metà per le infermiere volontarie, laiche e religiose, che abbiano prestato servizio durante la guerra in ospedali militari, o militarizzati o di Croce Rossa.

Alle infermiere diplomate da scuole professionali di durata biennale e di durata triennale, sempreché organizzate a convitto, esistenti alla data di pubblicazione del presente regolamento, le commissioni di cui al successivo art. 44 potranno rilasciare rispettivamente il diploma di Stato per infermiere professionali e il certificato di abilitazione a funzioni direttive, prescindendo dalla valutazione di ogni altro titolo e documento e dalla durata del tirocinio professionale posteriore al conseguimento del diploma.

Art. 43

Alle assistenti sanitarie visitatrici, che ne facciano domanda nei modi e termini previsti dal precedente articolo e che comprovino in base a documenti e titoli da valutarsi dalle speciali commissioni, di cui al successivo art. 44, un conveniente tirocinio professionale, può essere rilasciato, sempre che detto tirocinio non abbia avuto una durata inferiore ai quattro anni, il diploma di Stato per l'esercizio professionale stesso.

Art. 44

Agli effetti e per gli adempimenti previsti dal precedente articolo 42, saranno nominate dal Ministero dell'interno, di concerto con quello dell'educazione nazionale, speciali commissioni nei più importanti capoluoghi di provincia.

Analogamente sarà provveduto, agli effetti e per gli adempimenti previsti dal precedente articolo 43, dal Ministero dell'interno, di concerto con quello della educazione nazionale e con quello delle corporazioni.

Dette commissioni sono composte:

a) per il rilascio del certificato di ammissione al secondo anno di corso, del diploma di Stato per infermiera professionale e del certificato di abilitazione a funzioni direttive, di un funzionario medico del Ministero dell'interno di grado non inferiore al sesto, presidente di un direttore di ospedale, di un direttore di clinica medica o primario medico, di un direttore di clinica chirurgica o primario chirurgo e di un'esperta in materia di assistenza infermiera;

b) per il rilascio del diploma di Stato di assistente sanitaria visitatrice, al posto del chirurgo vi sarà un professore universitario di igiene e al posto dell'esperta in materia di assistenza infermiera una esperta in materia di assistenza sociale.

Il Ministero dell'interno ha facoltà di stabilire, sentita la speciale Commissione di cui all'art. 4 del R. decreto-legge 15 agosto 1925, n. 1832, apposite norme di carattere generale per la valutazione dei titoli.

Ai componenti delle commissioni predette sono applicabili le disposizioni di cui al 1, 2 e 3 comma dell'art. 36 del presente regolamento.

La spesa per le indennità e per le medaglie di presenza graverà sullo stato di previsione della spesa del Ministero dell'interno ed a carico dello stanziamento per le spese per le commissioni tecnico-sanitarie.

Il diploma di Stato per infermiera, il certificato di abilitazione a funzioni direttive e il diploma di Stato per assistente sanitaria visitatrice, di cui ai precedenti articoli 42 e 43, vengono rilasciati dai prefetti e debbono essere conformi agli annessi modelli D, E e F.

Art. 45

Scaduto il termine di cui al precedente art. 42, i posti di infermiere, laiche o religiose, che si renderanno vacanti negli ospedali dei comuni, delle istituzioni pubbliche di beneficenza e di altri enti morali dovranno essere conferiti ad infermiere professionali munite del diploma di Stato di cui all'art. 8 del R. decreto-legge 15 agosto 1925, n. 1832.

Le amministrazioni di detti ospedali, prima di provvedere alle nomine ai cennati posti, dovranno, almeno quindici giorni prima, dare pubblica notizia delle relative vacanze, mediante avviso da pubblicarsi all'albo pretorio del comune, nonché dare comunicazione delle vacanze stesse al prefetto della provincia e alle direzioni delle scuole-convitto per infermiere professionali esistenti nella provincia e in quelle limitrofe.

Soltanto quando manchino istanze di persone munite di tale diploma, si potrà

far luogo alla nomina a tali posti di infermiere autorizzate o abilitate a norma della Legge 23 giugno 1927, n. 1264.

Art. 46

Agli effetti dell'art. 10 del R. decreto-legge 15 agosto 1925, n. 1832, sono considerati posti di capo-sala tutti i posti di infermiere, laiche o religiose dei pubblici ospedali, siano o meno contemplati negli organici del personale di assistenza di detti ospedali, ai quali sono connesse funzioni di direzione, di controllo e di vigilanza in confronto dell'altro personale di assistenza infermiera in servizio nella stessa sala.

Agli stessi effetti, e fino a che non sarà provveduto alla completa sistemazione dell'assistenza infermiera, ad ogni capo-sala non si può assegnare un numero di letti superiore a quaranta.

Art. 47

Il Ministero dell'interno vigila affinché le amministrazioni ospedaliere provvedano gradualmente all'applicazione dell'art. 10 del R.D.L. 5 agosto 1925, n. 1832, in modo che, allo scadere del termine massimo dallo stesso articolo fissato, tutti i posti di capo-sala siano coperti da personale munito di regolare diploma.

Agli effetti del presente articolo, le amministrazioni ospedaliere devono comunicare ai prefetti, alla fine di ogni anno, l'elenco nominativo del personale dei capo-sala, con la indicazione della data di assunzione e del titolo di abilitazione.

Art. 48

Scaduto il termine di cui al precedente articolo 43, i posti di servizio come assistenti sanitarie visitatrici, che si renderanno vacanti nelle istituzioni di carattere medico-sociale e nelle opere di igiene e di profilassi urbana e rurale, dovranno essere conferiti a persone munite del diploma di cui all'art. 13 del R.D.L. 15 agosto 1925, n. 1832.

Le amministrazioni pubbliche, prima di provvedere alle nomine ai cennati posti, dovranno, almeno quindici giorni prima, dare pubblica notizia delle relative vacanze, mediante avviso da pubblicarsi all'albo pretorio del comune, nonché dare comunicazione delle vacanze medesime al prefetto della provincia e alle direzioni delle scuole-convitto professionali per infermiere e delle scuole specializzate di medicina, pubblica igiene ed assistenza sociale per assistenti sanitarie

visitatrici esistenti nella provincia ed in quelle limitrofe.

Solo quando manchino istanze di persone munite di tale diploma, si potrà far luogo alla nomina a tali posti di infermiere professionali munite del diploma di cui all'art. 8 del R.D.L. 15 agosto 1925, n. 1832, o di infermiere autorizzate o abilitate a norma della Legge 23 giugno 1927, n. 1264.

5. Regio Decreto 27 Luglio 1934, n 1265. Testo Unico Leggi Sanitarie. Artt 130-141. Scuole convitto professionali per infermiere.

Art. 130

Le università con facoltà di medicina e chirurgia, i comuni, le istituzioni pubbliche di beneficenza e altri enti morali, possono essere autorizzati con decreto del Ministro per l'interno, di concerto col Ministro per l'educazione nazionale e sentito il consiglio superiore di sanità, a istituire scuole-convitto professionali per infermiere.

Gli enti indicati nel comma precedente, quando dispongano di servizi adeguati alle necessità del tirocinio tecnico, possono essere autorizzati, nelle forme predette, a istituire scuole per assistenti sanitarie visitatrici.

Tali scuole sono sottoposte alla vigilanza dei Ministeri dell'interno e dell'educazione nazionale.

Art. 131

Speciali comitati costituiti allo scopo possono essere autorizzati, con le modalità indicate nell'articolo precedente, ad istituire scuole-convitto professionali per infermiere.

Dette scuole possono essere erette in ente morale, con decreto del Ministro per l'interno, sentiti il Consiglio superiore di sanità ed il Consiglio di Stato

Art. 132

Il Ministro per l'interno, sentito il consiglio superiore di sanità, di concerto con quello per l'educazione nazionale, approva i progetti tecnico-sanitari per l'impianto ed il funzionamento delle scuole e determina i programmi di insegna-

mento e di esame da adottarsi nelle medesime.

Art. 133

Le scuole convitto professionali per infermiere debbono funzionare presso un pubblico ospedale dotato di reparti di medicina e chirurgia che abbiano sufficiente disponibilità di servizi in proporzione al numero delle allieve e provvedere con le proprie infermiere (capo-sala, infermiere diplomate, allieve) alla assistenza immediata di una parte, almeno, delle corsie dell'ospedale.

Qualora, in una determinata località, non sia possibile istituire scuole-convitto professionali per infermiere presso ospedali pubblici, il Ministero dell'interno, di concerto con quello dell'educazione nazionale, può autorizzare la istituzione di dette scuole anche presso istituti privati, purché rispondano ai requisiti indicati nel comma precedente.

Art. 134

Nelle scuole-convitto professionali per infermiere l'insegnamento teorico pratico deve essere impartito da medici competenti, dalla direttrice e dalle capo-sala.

La direzione delle scuole-convitto deve essere affidata ad una infermiera che abbia conseguito in una scuola-convitto italiano il diploma e il certificato di abilitazione a funzioni direttive, preveduti negli articoli seguenti, e che abbia tenuto con lode, per almeno un biennio, funzioni direttive dell'assistenza infermiera in un reparto ospitaliero del regno.

Art. 135

Per l'ammissione alle scuole-convitto è prescritta, come titolo di studio minimo, la licenza di scuola media inferiore o di scuole di avviamento o altro titolo di studio equipollente. Nelle scuole convitto le allieve compiono un corso biennale teorico pratico, con relativo tirocinio.

Quelle che alla fine del biennio abbiano superato apposito esame conseguono un diploma di Stato per l'esercizio della professione di infermiera. Presso le scuole-convitto può essere istituito un terzo anno di insegnamento per l'abilitazione a funzioni direttive.

Le allieve, che, dopo aver conseguito il diploma di Stato per l'esercizio della

professione di infermiera, abbiano superato con esito favorevole anche gli esami del terzo corso, conseguono uno speciale certificato di abilitazione.

Art. 136

Nelle scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici sono ammesse soltanto le infermiere che siano provviste del diploma per l'esercizio della professione di infermiera. Esse compiono un corso annuale che comprende:

- a) nozioni teorico-pratiche impartite da insegnanti competenti;
- b) un tirocinio pratico, sotto la direzione di un'assistente sanitaria o di persona di riconosciuta competenza e comprovata pratica.

Le allieve, che alla fine del corso abbiano superato apposito esame, conseguono un diploma di Stato per l'esercizio della professione di assistente sanitaria visitatrice.

Art. 137

Il diploma per l'esercizio della professione di infermiera, conseguito ai sensi dell'art. 135, è necessario per ottenere la nomina a capo-sala; costituisce inoltre titolo di preferenza per l'assegnazione a posti di servizio di assistenza infermiera negli ospedali dei comuni, delle istituzioni pubbliche di beneficenza e di altri enti morali.

Il certificato di abilitazione a funzioni direttive, indicato nell'articolo suddetto, costituisce titolo di preferenza per la direzione di scuole convitto per infermiere e per la direzione dell'assistenza infermiera negli ospedali indicati nel comma precedente.

Il possesso del diploma di assistente sanitaria visitatrice costituisce titolo di preferenza per l'assunzione a posti di servizio nelle istituzioni di assistenza sanitaria sociale e nelle opere di igiene e profilassi urbana e rurale, sotto la direzione e responsabilità del personale medico.

Art. 138

Per la costruzione delle scuole previste negli artt. 130 e 131 possono essere concesse le agevolazioni stabilite nelle vigenti disposizioni per la costruzione di opere igieniche.

Il Ministero dell'interno può concedere contributi per il funzionamento di dette scuole.

Art. 139

La levatrice (ora ostetrica) deve richiedere l'intervento del medico-chirurgo non appena nell'andamento della gestazione o del parto o del puerperio di persona alla quale presti la sua assistenza riscontri qualsiasi fatto irregolare.

A tale scopo deve rilevare con diligenza tutti i fenomeni che si svolgono nella gestante o partoriente o puerpera.

In caso di inosservanza di tale obbligo è punita con l'ammenda fino a lire 100.000 e nei casi gravi, anche con l'arresto fino a tre mesi, salva l'applicazione delle disposizioni del codice penale quando il fatto costituisca reato.

La levatrice ha inoltre l'obbligo di denunciare al podestà e all'ufficiale sanitario, entro due giorni dal parto al quale abbia prestato assistenza, la nascita d'ogni infante deforme.

La trasgressione a tale obbligo è punita con la sanzione amministrativa da lire 20.000 a 200.000 .

Art. 140

Chiunque intenda esercitare un'arte ausiliaria delle professioni sanitarie deve aver raggiunto la maggiore età ed essere munito di licenza, rilasciata dalle scuole appositamente istituite per impartire l'insegnamento delle arti medesime.

I limiti e le modalità di esercizio delle singole arti sono determinati nel regolamento, emanato su proposta del Ministro per l'interno , di concerto con quello per l'educazione nazionale.

Art. 141

Chiunque, non trovandosi in possesso della licenza prescritta nell'articolo precedente o dell'attestato di abilitazione, rilasciato a norma delle disposizioni transitorie del presente testo unico, esercita un'arte ausiliaria è punito con la sanzione amministrativa da lire 100.000 a lire 200.000.

Il prefetto, indipendentemente dal procedimento giudiziario per l'esercizio abusivo di un'arte ausiliaria delle professioni sanitarie, può ordinare la chiusura temporanea del locale, nel quale l'arte sia stata abusivamente esercitata e il sequestro del materiale destinato all'esercizio di essa.

Il provvedimento del prefetto è definitivo.

6. Legge 19 Luglio 1940, n 1098. disciplina delle professioni sanitarie ausiliarie infermieristiche e di igiene sociale, nonché dell'arte ausiliaria di puericultrice.

CAPO I - Delle professioni sanitarie ausiliarie infermieristiche e di igiene sociale.

Art. 1

La qualifica di infermiera professionale e quella di assistente sanitaria visitatrice spettano

esclusivamente a coloro che abbiano conseguito i relativi diplomi di Stato, previa frequenza delle scuole previste dagli artt. 135 e 136 del testo unico delle leggi sanitarie 27 luglio 1934, numero 1265, o in applicazione delle disposizioni degli artt. 42 e 43 del regio decreto 21 novembre 1929, n. 2330.

Art. 2

È fatto divieto a tutti gli enti pubblici e privati, ad eccezione delle amministrazioni dello Stato e delle università, di istituire o far funzionare, senza la preventiva autorizzazione del Ministro per l'interno di concerto con quello per l'educazione nazionale, scuole o corsi che rilascino diplomi o attestati con l'attribuzione di qualifiche che comunque involgano il concetto dell'assistenza infermieristica o medico-sociale.

Il Ministro per l'interno, di concerto con quello per l'educazione nazionale, ha facoltà di modificare tutte le qualifiche risultanti dai diplomi o attestati rilasciati in precedenza da enti pubblici o privati, qualora esse siano in contrasto con la disposizione di cui al precedente comma.

Art. 3

Il Ministro per l'interno, di concerto con quello per l'educazione nazionale, potrà autorizzare l'istituzione di corsi di specializzazione nei vari settori dell'assistenza infermieristica e medico-sociale, ai quali potranno accedere soltanto co-

loro che siano in possesso del diploma di Stato di infermiera professionale o di quello di assistente sanitaria visitatrice.

Art. 4

Il Ministro per l'educazione nazionale, d'intesa col Ministro per l'interno, potrà istituire presso le scuole di magistero professionale per la donna o professionali femminili o d'avviamento professionale a titolo industriale femminile, speciali corsi per l'avviamento alla professione di infermiera.

Art. 5

Nulla è innovato alle disposizioni vigenti concernenti l'ordinamento e il funzionamento della C.R.I., la quale potrà continuare a tenere ed istituire i corsi per la preparazione del proprio personale infermieristico.

Coloro che abbiano frequentato con esito favorevole detti corsi conseguiranno la qualifica di infermiere o infermiera volontaria della C.R.I. .

Art. 6

Coloro che alla data di entrata in vigore della presente legge siano in possesso dell'attestato di abilitazione conseguito a norma degli artt. 6-8, Legge 23 giugno 1927, n. 1264 , e 2 del R.D. 31 maggio 1928, n. 1334 , o della licenza prevista dall'art. 140 del testo unico delle leggi sanitarie 27 luglio 1934, n. 1265 , restano autorizzati a continuare l'esercizio dell'arte ausiliaria d'infermiere generico.

Art. 7

Gli enti indicati nell'art. 130 del testo unico delle leggi sanitarie, che dispongono di servizi e mezzi adeguati, possono essere autorizzati, con decreto del Ministro per l'interno, di concerto con quello per l'educazione nazionale, sentito il consiglio superiore di sanità, ad istituire scuole-convitto professionali per il rilascio di diploma di Stato per l'abilitazione alla professione sanitaria di vigilatrice dell'infanzia.

Speciali comitati costituiti allo scopo possono essere autorizzati, con le modalità indicate nel comma precedente, a istituire le scuole stesse.

Dette scuole possono essere erette in ente morale con decreto del Ministro

per l'interno di concerto con quello per l'educazione nazionale, sentiti il consiglio superiore di sanità e il consiglio di Stato.

Art. 8

Nelle scuole professionali per vigilatrici dell'infanzia le allieve compiono un corso triennale teorico-pratico con relativo tirocinio.

Presso le predette scuole può essere istituito un quarto anno di insegnamento per l'abilitazione alle funzioni direttive dell'assistenza alla infanzia.

Le allieve che, dopo aver conseguito il diploma di Stato per l'esercizio della professione di vigilatrice dell'infanzia, abbiano superato con esito favorevole anche gli esami del quarto corso, conseguono uno speciale certificato di abilitazione.

Le infermiere professionali diplomate ai sensi del secondo comma dell'art. 135 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con R.D. 27 luglio 1934, n. 1265 possono essere ammesse al terzo corso delle scuole predette. Ugualmente le vigilatrici di infanzia diplomate ai sensi del primo comma possono accedere al terzo anno del corso per infermiere professionali.

Art. 9 come modificato dall'art. 2 della legge 30 Aprile 1976, n 338

Il possesso del diploma di Stato di vigilatrice dell'infanzia costituisce titolo di preferenza per l'assegnazione a posti di servizio di assistenza all'infanzia presso asili nido, brefotrofi, ospedali, o reparti ospedalieri infantili e presso ogni altra istituzione di assistenza all'infanzia.

Il possesso del diploma di Stato di assistente all'infanzia costituisce titolo di preferenza per l'assegnazione a posti di servizio presso asili nido ed ogni altra istituzione di assistenza alla infanzia sana, nonché a posti di servizio di assistenza alle attività ludiche negli ospedali infantili, nelle cliniche o reparti pediatrici ospedalieri, con l'esclusione di ogni prestazione di carattere infermieristico.

Il certificato di abilitazione a funzioni direttive nell'assistenza all'infanzia costituisce titolo di preferenza per la direzione di scuole-convitto professionali per vigilatrici dell'infanzia e per la direzione dell'assistenza infantile nelle istituzioni indicate nel comma precedente.

Art. 10

Il diploma di Stato di vigilatrice dell'infanzia abilita all'assistenza del bambino sia sano che ammalato.

Art. 11 come modificato dall'art. 3 della legge 30 Aprile 1976, n 338

La qualifica di vigilatrice dell'infanzia spetta esclusivamente alle diplomate dalle apposite scuole autorizzate a norma dell'art. 7 della presente legge.

La qualifica di assistente per l'infanzia spetta esclusivamente alle diplomate degli istituti professionali statali (qualifica assistente per l'infanzia).

Capo II - Dell'arte ausiliaria di puericultrice

Art. 12

Con decreto del Ministro per l'interno di concerto con quello per l'educazione nazionale, sentito il consiglio superiore di sanità, può essere autorizzata l'istituzione di scuole a corso annuale per il rilascio della licenza di abilitazione all'esercizio dell'arte ausiliaria delle professioni sanitarie di puericultrice.

Art. 13

La licenza di puericultrice abilita all'assistenza del bambino sano.

Art. 14

La qualifica di puericultrice spetta esclusivamente a coloro che abbiano la licenza rilasciata a norma dell'art. 12 della presente legge.

Capo III - Disposizioni comuni ai capi I e II

Art. 15

Le scuole indicate nei capi I e II sono sottoposte alla vigilanza dei Ministeri dell'interno e dell'educazione nazionale.

Il Ministro per l'interno, di concerto con quello per l'educazione nazionale, sentito il consiglio superiore di sanità, approva il progetto tecnico-sanitario per l'impianto e il funzionamento delle scuole, subordinatamente al piano finanziario di cui al successivo comma, e ne determina i programmi di insegnamento e di esame.

Il regolamento per l'organizzazione e il personale di dette scuole, per le tasse di ammissione, di frequenza, di esame e di diploma nonché il piano finanziario sono approvati dal Ministro per l'interno, di concerto con quelli per le finanze e per l'educazione nazionale, sentito il consiglio superiore di sanità.

Art. 16

Le infermiere professionali, le assistenti sanitarie visitatrici, le vigilatrici dell'infanzia e le puericultrici nell'esercizio delle loro funzioni devono indossare una speciale divisa conforme ai modelli da stabilirsi con decreto del Ministro per l'interno di concerto con quello per l'educazione nazionale.

Coloro che hanno frequentato con esito favorevole i corsi di specializzazione di cui all'art. 3 della presente legge porteranno sulla divisa speciali distintivi conformi ai modelli da stabilirsi con decreto del Ministro per l'interno di concerto con quello per l'educazione nazionale.

Capo IV - Delle modalità di assunzione delle assistenti sanitarie visitatrici presso gli enti pubblici

Art. 17

I posti di assistente sanitaria visitatrice previsti negli organici degli enti pubblici devono essere conferiti per pubblico concorso.

Per essere ammesse al concorso le aspiranti devono essere in possesso del diploma di Stato di assistente sanitaria visitatrice conseguito ai sensi dell'art. 136 del testo unico delle leggi sanitarie 27 luglio 1934, n. 1265, o in applicazione delle disposizioni degli artt. 42 e 43 del regio-decreto 21 novembre 1929, n. 2330. Le norme per il pubblico concorso sono stabilite nei regolamenti dei singoli enti.

Art. 18

Il bando di concorso deve essere pubblicato, sessanta giorni prima che scada il termine utile per la presentazione delle domande, sul Foglio annunci legali della provincia e contemporaneamente notificato al Ministero dello interno e al sindacato nazionale infermiere diplomate.

Art. 19

Il limite massimo di età per l'ammissione al concorso è stabilito in anni quaranta, salvi gli speciali benefici previsti dalle vigenti norme legislative.

Nessun limite di età è prescritto per le assistenti sanitarie visitatrici che siano titolari di posti di ruolo presso enti pubblici.

Per i concorsi indetti entro il 31 dicembre 1942 il limite massimo di età è stabilito in anni quarantacinque.

Capo V - Disposizioni finali

Art. 20

I contravventori alle disposizioni della presente legge sono puniti, se il fatto non costituisce reato più grave, con la sanzione amministrativa sino a lire 400.000.

Art. 21

Sono abrogati l'art. 2 del R.D. 31 maggio 1928, n. 1334, ed ogni disposizione contraria alla presente legge.

Art. 22

Con speciale regolamento, su proposta del Ministro per l'interno, di concerto con quelli per le finanze e per l'educazione nazionale, saranno stabilite, ai sensi dell'art. 1, n. 3, della Legge 31 gennaio 1926, n. 100, le norme per l'esecuzione della presente legge, comprendenti le condizioni e modalità con le quali in via transitoria possa farsi luogo al rilascio del diploma di vigilatrice dell'infanzia o della licenza di puericultrice a coloro che siano in possesso di titoli conseguiti previa frequenza di scuole o corsi per la preparazione di personale per l'assistenza all'infanzia.

7. Regio Decreto 2 Maggio 1940, n 1310. Abrogato dal DPR 14 marzo 1974, n 225 riportato nel testo. (riportato nel testo). Determinazione delle mansioni delle infermiere professionali e degli infermieri generici.

Art. 1

Alle infermiere professionali competono le seguenti attribuzioni di indole

amministrativa organizzativa e disciplinare, nell'ambito del reparto ospedaliero cui sono adibite:

- a) esecuzione delle norme e delle disposizioni che regolano l'andamento dei servizi di assistenza del reparto o della sezione affidata all'infermiera, con responsabilità del proprio servizio e di quello delle persone poste alle dipendenze dell'infermiera;
- b) tenuta delle schede cliniche e del libro di guardia riflettente gli infermi;
- c) richieste per gli interventi d'urgenza dei sanitari;
- d) compilazione e registrazione del movimento ammalati del reparto;
- e) tenuta e compilazione dei registri e dei modelli per le richieste dei medicinali, ordinari e di urgenza, da sottoporre alla firma dei sanitari;
- f) ricevimento, registrazione e conservazione dei medicinali di uso comune, dei disinfettanti, dei veleni e degli stupefacenti;
- g) registrazione sistematica degli ordini ricevuti, compilazione dei rapporti e delle consegne;
- h) tenuta e compilazione dei registri di reparto;
- i) mantenimento della disciplina degli infermi;
- l) controllo della pulizia degli ambienti e regolarizzazione della ventilazione, dell'illuminazione e del riscaldamento delle infermerie e delle camere di degenza dei malati.

Art. 2

Le attribuzioni assistenziali dirette ed indirette proprie all'infermiera professionale, tanto nel campo ospedaliero quanto nell'esercizio privato sono le seguenti:

- a) assistenza completa dell'infermo, alle dirette dipendenze del medico;
- b) somministrazione dei medicinali ordinati;
- c) esecuzione dei trattamenti speciali curativi ordinati dal medico;
- d) sorveglianza e somministrazione delle diete;
- e) raccolta, conservazione ed invio dei materiali per le ricerche cliniche destinate ai laboratori del reparto o ai laboratori centrali;
- f) annotazione sulle schede cliniche degli abituali rilievi di competenza dell'infermiera (temperatura, polso, respiro, secreti ed escreti) ed annotazione nel libro di guardia delle osservazioni fatte di giorno e di notte;

- g) compilazione delle grafiche della temperatura, del polso, del respiro;
- h) primi ed elementari esami di laboratorio (reazione peso specifico, ricerca qualitativa e quantitativa dell'albumina, ricerca qualitativa dello zucchero nelle urine).

Art. 3

Dietro ordinazione del medico l'infermiera professionale può eseguire le seguenti manovre o interventi:

- a) iniezioni ipodermiche, intramuscolari;
- b) dermoclisi, sorveglianza di fleboclisi;
- c) rettoclisi;
- d) frizioni, pennellature, impacchi;
- e) coppette, vescicanti, sanguisugio;
- f) applicazioni elettriche più semplici;
- g) medicazioni comuni e bendaggi;
- h) clisteri evacuanti, medicamentosi e nutritivi;
- i) lavande vaginali;
- l) cateterismo della donna e in caso d'urgenza o dietro prescrizione specifica del medico anche nell'uomo, purchè non siano adoperati strumenti metallici o comunque rigidi; eventuali lavande ed istillazioni vescicali dietro ordine del sanitario;
- m) sondaggio gastrico e duodenale a scopo diagnostico, dietro richiesta e sotto la responsabilità del medico;
- n) lavanda gastrica, con l'autorizzazione e sotto la responsabilità del medico;
- o) intubazione d'urgenza;
- p) massaggi e ginnastica medica;
- q) tamponamento vaginale d'urgenza. Piccole medicature vaginali prescritte dal medico;
- r) tamponamento nasale anteriore d'urgenza;
- s) applicazione di lacci emostatici d'urgenza;
- t) respirazione artificiale;
- u) bagni terapeutici e medicati;
- v) prelevamento di secrezioni od escrezioni a scopo diagnostico. Prelevamento di tamponi orofaringei.

Ogni soccorso d'urgenza dev' essere seguito dalla chiamata del medico.

Art. 4

L'attività degli infermieri generici dev' essere limitata alle seguenti mansioni, per prescrizione del medico e, nell'ambito ospedaliero, sotto la responsabilità dell'infermiera professionale:

- a) assistenza completa dell'infermo alle dirette dipendenze dei sanitari e della professionale preposta al reparto;
- b) somministrazione dei medicinali ordinati, sotto la responsabilità della professionale preposta al reparto;
- c) somministrazione delle diete, secondo le istruzioni dell'infermiera professionale;
- d) presa e annotazione semplice (non grafica) della temperatura, del polso e del respiro;
- e) raccolta di urine, feci, espettorati, vomito, ecc;
- f) iniezioni ipodermiche, intramuscolari;
- g) rettoclisi;
- h) frizioni, pennellature, impacchi;
- i) coppette, vescicanti, sanguisugio;
- l) medicazioni comuni e bendaggi sotto la responsabilità diretta della professionale;
- m) clisteri evacuanti, medicamentosi e nutritivi;
- n) applicazione di lacci emostatici d'urgenza;
- o) respirazione artificiale;
- p) bagni terapeutici e medicati.

Ogni soccorso d'urgenza dev' essere seguito dalla chiamata del medico.

8. Legge 29 Ottobre 1954, n 1046. Istituzione di scuole per infermiere ed infermieri generici.

Art. 1

Gli ospedali, le Università con Facoltà di medicina e chirurgia, gli ospedali

militari principali e secondari e gli altri enti pubblici che esercitano l'assistenza sanitaria e che sono in possesso dei mezzi occorrenti, possono istituire scuole per infermiere generiche e per infermieri generici, rispondenti alle necessità assistenziali.

Art. 2

Gli enti che, ai sensi dell'articolo precedente, intendono istituire scuole, debbono rivolgere all'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica domanda corredata della deliberazione sulla istituzione ed il funzionamento della scuola, secondo le modalità che verranno determinate dall'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica.

La deliberazione deve contenere la indicazione dei relativi mezzi finanziari e deve essere regolarmente approvata dagli organi di controllo e, quando trattasi di istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, omologata dal Ministro per l'interno.

L'Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica, di concerto con il Ministro per la pubblica istruzione, autorizza la istituzione della scuola e ne approva il regolamento. Per le scuole istituite presso gli ospedali militari il provvedimento è adottato di concerto anche con il Ministro per la difesa.

Art. 3

Le scuole sono sottoposte alla vigilanza dell'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica e del Ministero della pubblica istruzione.

Le scuole istituite presso gli ospedali militari sono sottoposte altresì alla vigilanza del Ministero della difesa.

Art. 4

I corsi delle scuole sono gratuiti.

Il tirocinio degli allievi, presso gli enti di cui all'articolo 1 che abbiano istituito i corsi, non dà luogo ad alcun rapporto di lavoro con gli enti stessi, i quali sono esonerati dall'obbligo di corrispondere qualsiasi emolumento a titolo di stipendio o salario e qualsiasi contributo assicurativo e previdenziale; gli enti provvedono all'assicurazione degli allievi contro gli infortuni e li ricoverano gratuitamente in caso di malattia acuta contratta durante il corso.

Gli allievi che siano già in rapporto di servizio con l'ente presso il quale si svolge il corso continuano a percepire gli assegni in godimento all'atto dell'ammissione alla scuola, purché completino il normale orario di servizio quando non sono impegnati nei doveri scolastici.

Art. 5

Nei reparti ospedalieri e clinici destinati al tirocinio degli allievi, l'assistenza immediata agli infermi deve essere assicurata da un turno completo di infermiere professionali; in mancanza, deve essere diretta da un medico e affidata ad una caposala diplomata.

Art. 6

Per l'ammissione alle scuole gli aspiranti debbono essere forniti almeno della licenza elementare, aver compiuto i 18 anni e non superato il 30° anno di età, e presentare alla direzione della scuola la domanda con la documentazione secondo le modalità che

verranno determinate dall'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica.

Per i candidati sottufficiali delle Forze armate il limite massimo di età è elevato ad anni 50.

Per le vedove dei militari e civili caduti in guerra, delle vittime del lavoro e per gli orfani di guerra, il limite massimo di età è elevato a quarant'anni.

Art. 7

La durata dei corsi è di un anno.

L'insegnamento comprende lezioni teoriche e dimostrazioni pratiche, nonché un tirocinio da effettuarsi per la durata di non più di sette ore giornaliere presso le corsie, nelle quali l'assistenza immediata agli infermi sia assicurata a norma dell'art. 5.

Con decreto dell'Alto Commissario per l'igiene e la Sanità pubblica, di concerto con il Ministro per la pubblica istruzione, sono stabilite materie obbligatorie d'insegnamento ed i programmi particolareggiati di una materia.

Art. 8

Al termine del corso gli allievi sostengono una prova di esame orale e pra-

tica presso la scuola da essi frequentata, o uno degli ospedali del capoluogo di provincia, designato dal prefetto.

La Commissione esaminatrice e' nominata dal prefetto ed e' costituita da:

- a) il medico provinciale, presidente;
- b) un rappresentante del Ministero della pubblica istruzione, designato dal Provveditorato agli studi della Provincia;
- c) un sovrintendente o direttore sanitario di ospedale;
- d) un primario ospedaliero di ruolo o chi ne fa le veci incaricato della direzione sanitaria, ed inoltre, per gli esami ai quali partecipa personale militare delle Forze armate, un ufficiale medico superiore in servizio permanente effettivo, designato dalla competente autorita' sanitaria militare territoriale;
- e) una direttrice o vice direttrice di scuola-convitto professionale infermiere o, in mancanza, una capo-sala diplomata;
- f) un insegnante del corso.

Funziona da segretario un funzionario di gruppo A. della locale Prefettura.

Le spese per il funzionamento della Commissione sono liquidate dal prefetto della Provincia, sede di esame, e sono poste a carico delle Amministrazioni che hanno istituito le scuole in proporzione degli allievi presentatisi agli esami.

Art. 9

Ai candidati che superano gli esami viene rilasciato il certificato di abilitazione all'esercizio dell'arte ausiliaria di infermiere generico, previo pagamento della tassa di concessione governativa nella misura prevista dal n. 210, lettera b), della tabella allegato

A al decreto legislativo 30 maggio 1947, n. 604, modificato con legge 14 marzo 1952, n. 128.

Tale certificato abilita all'esercizio delle mansioni previste dall'art. 4 del regio decreto 2 maggio 1940, n. 1310, entro i limiti indicati dallo stesso articolo.

Art. 10

Il certificato di abilitazione di cui all'articolo precedente e' rilasciato, a domanda, ai sottufficiali che cessino dalla carriera continuativa ed ai militari volontari che siano collocati in congedo dopo ultimata la ferma contratta, appartenenti alla categoria "infermieri" dell'Esercito, della Marina e del-

l'Aeronautica, prescindendo dall'obbligo della frequenza dei corsi e della partecipazione agli esami.

La domanda deve essere presentata entro sei mesi dalla data di cessazione dal servizio.

Art. 11

L'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica può concorrere al finanziamento delle scuole con la concessione di adeguati contributi da prelevarsi, fino alla concorrenza di lire 50.000.000, a cominciare dall'esercizio finanziario 1954-55, dal fondo stanziato nel capitolo n. 316 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro "Rubrica Presidenza del Consiglio dei Ministri" Norme transitorie.

Art. 12

Le scuole autorizzate ai sensi della presente legge sono tenute ad istituire nel primo anno del loro funzionamento, e per una volta soltanto, un corso di mesi quattro al quale possono essere ammessi coloro i quali, indipendentemente dal limite massimo di età previsto dall'art. 6, si trovino in una delle seguenti condizioni:

a) abbiano compiuto un tirocinio pratico nelle mansioni di infermiere generico presso pubblici ospedali civili o militari o cliniche universitarie, per almeno tre anni;

b) abbiano frequentato i corsi per infermieri delle Forze armate ed abbiano superato i relativi esami finali;

c) siano in possesso dell'attestato di abilitazione all'esercizio dell'arte infermieristica conseguito presso gli ospedali coloniali;

d) siano in possesso dell'attestato di idoneità conseguito ai sensi dell'art. 24 del regolamento per l'esecuzione della legge 14 febbraio 1904, n. 36, approvato con regio decreto 16 agosto 1909, n.615;

e) siano in possesso del diploma d'infermiera volontaria della Croce Rossa italiana o di altri Enti o Associazioni similari, su parere favorevole, per questi ultimi, dell'Alto Commissariato;

f) abbiano compiuto, per almeno quattro anni, un tirocinio pratico nelle mansioni di infermiere generico presso istituti privati di cura, riconosciuti all'uopo idonei dall'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica.

Per l'ammissione al corso previsto dal presente articolo gli aspiranti devono presentare, oltre alla domanda e al documento comprovante di trovarsi in una delle sopra indicate condizioni, anche tutti gli altri documenti di cui all'art. 6.

Art. 13

Al termine del corso di cui al precedente articolo, gli aspiranti devono sostenere un esame di idoneità dinanzi a Commissioni esaminatrici nominate con decreto dell'Alto Commissario, aventi la stessa composizione preveduta dall'art. 8.

Per coloro i quali abbiano compiuto un tirocinio pratico nelle mansioni di infermiere generico presso pubblici ospedali civili o militari o cliniche universitarie per almeno dieci anni e' sufficiente la sola prova pratica fermo l'obbligo della frequenza al corso di cui all'art. 12.

Ai candidati che avranno superato l'esame di idoneità sopradetto e conseguito il relativo certificato di abilitazione, e' consentito l'esercizio dell'arte ausiliaria di infermiere generico di cui all'art. 9.

Art. 14

Il certificato di cui al precedente art. 9 e' rilasciato, a domanda, ai sottufficiali della categoria "infermieri" dell'Esercito, della Marina e dell'Aeronautica, cessati dal servizio per riduzione di quadri, prescindendo dall'obbligo della frequenza dei corsi e della partecipazione agli esami.

La stessa norma si applica ai sottufficiali della categoria "infermieri" cessati dalla carriera continuativa ed ai militari volontari della stessa categoria collocati in congedo dopo ultimata la ferma contratta che siano in congedo da non oltre due anni dalla

data di entrata in vigore della presente legge.

La domanda deve essere presentata entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Art. 15

Le spese per il funzionamento delle Commissioni esaminatrici sono liquidate dal prefetto della Provincia sede di esame e sono poste a carico delle Ammini-

strazioni che hanno istituito il corso, in proporzione degli allievi presentatisi agli esami.

9. Legge 25 Febbraio 1971, n 124. Estensione al personale maschile dell'esercizio della professione di infermiere professionale, organizzazione delle relative scuole e norme transitorie per la formazione del personale di assistenza diretta.

Art. 1 -Estensione al personale maschile dell'esercizio della professione sanitaria ausiliaria di infermiere professionale. Abolizione dell'internato obbligatorio-

L'esercizio della professione sanitaria ausiliaria di infermiere professionale e' esteso ai cittadini di sesso maschile che siano in possesso del prescritto diploma.

Gli enti indicati nell'articolo 130 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, debitamente autorizzati ad istituire scuole-convitto professionali per infermiere possono ammettere allievi di ambo i sessi senza obbligo di internato; sono altresì esonerati dallo obbligo dell'internato gli allievi delle scuole per vigilatrici d'infanzia e assistenti sanitarie visitatrici.

Le scuole-convitto professionali per infermiere, ordinate secondo il regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, assumono la denominazione di scuole per infermieri professionali.

Su domanda degli allievi e tenuto conto delle esigenze di carattere sociale e logistico, il consiglio di amministrazione delle scuole decide sull'ammissione degli aspiranti all'internato in convitto.

Il numero massimo degli allievi da ammettere nelle scuole viene determinato dalle singole regioni, tenendo presenti, di norma, la capacità dei locali, la disponibilità dei servizi e le attrezzature didattiche della scuola.

Art. 2 -Requisiti per l'ammissione-

Gli aspiranti all'ammissione alle scuole per infermieri professionali debbono fare domanda nei termini e con le modalità fissate dal regolamento speciale della scuola.

Gli aspiranti all'ammissione alle scuole di cui al precedente articolo debbono essere in possesso del diploma di istruzione secondaria di primo grado, e, a partire dall'inizio dell'anno scolastico 1973-74, anche di un certificato at-

testante l'ammissione al terzo anno di scuola secondaria di secondo grado o titolo equipollente dopo il conseguimento del diploma di istruzione secondaria di primo grado. Devono altresì aver compiuto il diciassettesimo anno di età alla data del 31 dicembre dell'anno scolastico cui si riferisce la domanda di ammissione.

Art. 3 - Titolo di studio per l'accesso alle scuole per infermiere ed infermieri generici-

A partire dall'entrata in vigore della presente legge, ai fini dell'ammissione alle scuole per infermiere ed infermieri generici di cui alla legge 29 ottobre 1954, n. 1046, gli aspiranti devono essere in possesso del diploma di istruzione secondaria di primo grado.

Sono esentati dal possesso di tale titolo, fino all'inizio dello anno scolastico 1973-1974, i candidati che per ragioni di età non erano tenuti a frequentare, come scuola dell'obbligo, la scuola media di primo grado, purché siano in possesso della licenza elementare.

DISPOSIZIONI TRANSITORIE

Art. 4 - Corsi di qualificazione per dipendenti da enti ospedalieri-

Fino a tutto il 1973 le scuole per infermiere ed infermieri generici, aventi sede presso enti ospedalieri, possono istituire corsi speciali per conseguire il certificato di abilitazione all'esercizio dell'arte ausiliaria di infermiere generico di cui all'articolo 9 della legge 29 ottobre 1954, n. 1046.

Tali corsi della durata di quattro mesi devono essere autorizzati dal Ministero della sanità, sentito il parere delle singole regioni.

I corsi di cui al precedente comma sono riservati a coloro che prestano servizio continuativo da almeno quattro anni in reparti o servizi di diagnosi e cura presso ospedali, cliniche o ambulatori di enti pubblici.

Gli aspiranti devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

- a) età inferiore ai 50 anni;
- b) licenza di scuola media di primo grado, ad eccezione dei candidati che per ragioni di età non erano tenuti a frequentare, come scuola dell'obbligo, la scuola media di primo grado, purché siano in possesso della licenza elementare.

Art. 5 -Entità numerica degli allievi-

Il numero massimo degli allievi che possono partecipare ai corsi di cui al precedente articolo viene determinato dal consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero presso cui ha sede la scuola, su proposta della regione e in relazione alle esigenze assistenziali e al fabbisogno del personale.

Art. 6 -Ammissione ai corsi – Programmi-

Per l'ammissione ai corsi previsti dai precedenti articoli gli aspiranti devono presentare alla direzione della scuola domanda unitamente ai documenti comprovanti il possesso dei requisiti prescritti dal precedente articolo 4.

I requisiti di ammissione al corso devono essere posseduti alla data della entrata in vigore della presente legge.

Sull'ammissione degli aspiranti decide una commissione nominata dal medico provinciale, che la presiede, e così composta:

- 1) dal direttore della scuola per infermiere ed infermieri generici;
- 2) da un primario ospedaliero di ruolo, designato dal consiglio dei sanitari di cui all'articolo 13 della legge 12 febbraio 1968, n. 132;
- 3) da una direttrice o vicedirettrice di scuola per infermieri professionali;
- 4) da un rappresentante del consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero presso il quale è istituita la scuola;
- 5) da due rappresentanti designati dalla commissione interna di cui all'articolo 54 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130, dei quali uno con qualifica non inferiore a quella di infermiere professionale.

Esercita le funzioni di segretario un funzionario della carriera direttiva amministrativa dell'ente ospedaliero.

La commissione accerta il possesso dei requisiti da parte degli aspiranti, nonché la idoneità a seguire proficuamente il corso di qualificazione.

L'insegnamento comprende lezioni teoriche ed esercitazioni pratiche.

Con decreto del Ministro per la sanità di concerto col Ministro per la pubblica istruzione vengono fissate le materie obbligatorie di insegnamento, gli orari e i programmi di ciascuna materia.

Gli insegnanti dei corsi devono essere scelti tra i docenti delle scuole per infermieri.

Art. 7 -Esame di idoneità-

Al termine dei corsi di cui ai precedenti articoli, gli allievi devono sostenere un esame di idoneità dinanzi ad una commissione esaminatrice, avente la stessa composizione di quella prevista dall'articolo 8 della legge 29 ottobre 1954, n. 1046.

Il componente di cui alla lettera e) del menzionato articolo 8 della legge 29 ottobre 1954, n. 1046, e' sostituito da un rappresentante designato dalla commissione interna di cui all'articolo 54 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo

1969, n. 130, di qualifica non inferiore a quella di caposala.

Art. 8 -Ammissione al secondo anno del corso per infermieri professionali-

Fino all'inizio dell'anno scolastico 1973-1974 gli enti debitamente autorizzati, ai sensi delle norme vigenti, alla gestione di scuole-convitto per infermiere professionali e per vigilatrici d'infanzia, con sede presso enti ospedalieri, possono ammettere senza obbligo di internato al secondo anno del corso per infermieri, professionali, gli infermieri generici, le ostetriche e le vigilatrici d'infanzia e, al secondo anno del corso per vigilatrici di infanzia, le puericultrici, per un numero massimo di allievi non superiore a quello fissato dai regolamenti speciali delle scuole stesse per l'ammissione al primo anno del corso.

Per l'ammissione gli aspiranti devono trovarsi alla data di entrata in vigore della presente legge nelle seguenti condizioni:

1) siano in possesso di diploma di istruzione secondaria di primo grado, ad eccezione dei candidati che per ragioni di età non erano tenuti a frequentare, come scuola dell'obbligo, la scuola media di primo grado;

2) prestino servizio presso ospedali, istituti universitari o ambulatori di enti pubblici da almeno tre anni.

L'ammissione e' subordinata al superamento di un esame, consistente in una prova scritta ed una prova orale, su materie riguardanti il programma del primo anno di corso delle scuole per infermieri professionali, dinanzi ad una commissione nominata dal medico provinciale, che la presiede, e così composta:

1) dal direttore sanitario e dalla direttrice didattica della scuola per infermieri professionali;

2) da un primario ospedaliero di ruolo, designato dal consiglio dei sanitari di cui all'articolo 13 della legge 12 febbraio 1968, n. 132;

3) da un rappresentante del consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero presso il quale è istituita la scuola;

4) da due rappresentanti designati dalla commissione interna di cui all'articolo 54 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130, di cui uno con qualifica non inferiore a quella di caposala.

Il primo trimestre del corso è destinato all'accertamento della idoneità degli allievi alla ulteriore frequenza.

La valutazione della idoneità spetta al collegio degli insegnanti.

Art. 9

Coloro i quali, alla data di entrata in vigore della presente legge, sono in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'assistenza infermiera professionale e all'esercizio delle funzioni direttive unicamente presso gli ospedali di cui all'articolo 89 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, possono, a domanda, ottenere dal medico provinciale rispettivamente il diploma di infermiere professionale e il certificato di abilitazione a funzioni direttive.

È abrogato l'articolo 89 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631.

Art. 10

Ai sottufficiali infermieri della carriera continuativa dell'Esercito, della Marina e dell'Aeronautica, che abbiano frequentato corsi biennali e superato i relativi esami è rilasciato diploma di Stato di infermiere professionale.

Il Ministro per la difesa, di concerto con il Ministro per la sanità, può istituire un terzo anno di corso per l'abilitazione alle funzioni direttive.

I programmi di studio dovranno essere adeguati, con decreto del Ministro per la difesa, di concerto con quelli per la sanità e per la pubblica istruzione, a quelli vigenti per le scuole per infermieri professionali.

Delle commissioni di esame di cui ai precedenti commi, deve essere chiamato a far parte un medico provinciale.

I diplomi di infermiere professionale e per l'esercizio delle funzioni direttive sono rilasciati dal medico provinciale, su domanda dell'interessato, ai sottufficiali infermieri dell'Esercito, della Marina e dell'Aeronautica della carriera continuativa, anche se cessati dal servizio, che abbiano superato con esito favorevole, alla data di entrata in vigore della presente legge, rispettivamente corsi biennali e triennali per l'esercizio nell'ambito della forza armata di apparte-

nenza.

Con decreto del Ministro per la difesa, di concerto con quelli per la sanità e per la pubblica istruzione, da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, saranno determinati i corsi il cui superamento dà diritto al rilascio dei diplomi.

Le domande di cui al primo comma debbono essere presentate entro sei mesi dalla data di pubblicazione del decreto di cui al precedente comma.

Art. 11 -Spese per corsi e commissioni-

Le spese per lo svolgimento dei corsi ed il funzionamento delle commissioni previste dalla presente legge sono a carico dell'ente ospedaliero, che provvede, altresì, alla loro determinazione e liquidazione.

10. Legge 3 Giugno 1980, n 243. Straordinaria riqualificazione professionale degli infermieri generici e degli infermieri psichiatrici.

Art. 1

L'attestato di idoneità rilasciato ai sensi dell'articolo 24 del regio decreto 16 agosto 1909, n. 615, e' equiparato a tutti gli effetti al certificato di abilitazione all'esercizio dell'arte

ausiliaria di infermiere generico di cui alla legge 29 ottobre 1954, n. 1046.

In via straordinaria e per non oltre cinque anni dalla data di entrata in vigore della presente legge le regioni provvedono alla riqualificazione professionale di coloro che siano in possesso dell'abilitazione di infermiere generico e di infermiere psichiatrico che abbiano prestato servizio continuativo per un periodo non inferiore a due anni e siano in servizio all'entrata in vigore della presente legge, ammettendoli ai corsi per infermieri professionali.

L'ammissione ai corsi avviene nel rispetto dei seguenti principi:

il titolo di studio necessario per l'ammissione ai corsi non può essere inferiore al diploma di scuola secondaria di primo grado;

gli aspiranti all'ammissione devono inoltre superare un esame-colloquio diretto all'accertamento di un adeguato livello culturale generale corrispondente al decimo anno di formazione scolastica.

Le regioni promuovono iniziative per preparare il personale a sostenere

detto esame-colloquio.

A tale scopo possono avvalersi della collaborazione degli organi periferici del Ministero della pubblica istruzione.

Le regioni provvederanno a formare le commissioni per l'espletamento di detto esame-colloquio con la partecipazione di un rappresentante degli organi periferici del Ministero della pubblica istruzione.

Dall'esame sono esonerati gli aspiranti aventi titolo all'ammissione al terzo anno di scuola secondaria superiore; la durata dei corsi non può essere inferiore a tre anni scolastici;

nell'ambito dei corsi di cui al capoverso precedente possono essere previsti particolari piani di studio che tengano conto dell'insegnamento teorico-pratico acquisito dagli allievi nei rispettivi precedenti corsi abilitanti in modo che la durata complessiva dell'insegnamento teorico-pratico non sia inferiore a quanto prescritto dal decreto del Presidente della Repubblica 13 ottobre 1975, n. 867;

gli allievi parteciperanno all'esame finale di Stato che si svolgerà secondo la vigente normativa; per i dipendenti da istituzioni sanitarie pubbliche e private detti corsi si svolgono al di fuori dell'orario di lavoro, ad eccezione delle attività di tirocinio che possono coincidere con i turni di lavoro, compatibilmente con le esigenze di servizio e nel rispetto delle modalità previste dal decreto del Presidente della Repubblica 13 ottobre 1975, n. 867.

Al personale che frequenta i corsi di cui al precedente comma viene corrisposto un assegno di studio dell'importo massimo di L. 120.000 annue, in relazione alla regolare partecipazione ai corsi.

Il personale, ammesso ai corsi di riqualificazione, è esentato dal lavoro straordinario; in ogni caso l'assegno di studio non è cumulabile con qualsiasi forma di retribuzione per lavoro straordinario.

Art. 2

Al termine dei corsi di cui all'articolo precedente e in relazione alle unità di personale che, in servizio presso le cliniche e i policlinici universitari, abbia superato l'esame di Stato per il conseguimento del diploma di infermiere professionale, si provvederà con legge dello Stato alla trasformazione dei relativi posti previsti in organico.

Art. 3

Fermo restando il completamento dei corsi già iniziati, sono soppressi tutti i corsi di formazione del personale infermieristico generico e psichiatrico.

Con l'entrata in vigore della presente legge sono abrogati gli articoli 22, 23 e 24 del regio decreto 16 agosto 1909, n. 615 e la legge 29 ottobre 1954, n. 1046.

Art. 4

Gli oneri derivanti dalla presente legge per l'anno finanziario 1980 fanno carico sul capitolo 5941 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per l'anno finanziario medesimo.

Il Ministro del tesoro e' autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

I piani di programmazione per i corsi di riqualificazione previsti dalla presente legge devono essere predisposti in modo da poter fruire, quando possibile, del concorso finanziario del Fondo sociale europeo.

APPENDICE NORMATIVA

DISPOSIZIONI DI LEGGE ADOTTATE DALLO STATO IN TEMA DI PROFESSIONI SANITARIE infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica.

1. D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502. Art. 6-III comma. Formazione del personale sanitario.
2. Legge 26 febbraio 1999, n. 42. Disposizioni in materia di professioni sanitarie.
3. Legge 10 agosto 2000, n. 251. Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica.
4. Decreto Ministero della Sanità 29 marzo 2001. Definizione delle figure professionali.
5. Decreto Legge 12 novembre 2001, n. 402, convertito nella legge 8 gennaio 2002, 1. Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario.
6. Legge 1 febbraio 2006, n. 43. Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico sanitarie e della prevenzione. Delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali.
7. Legge 3 Agosto 2007, n. 120-Art. 4. Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria.
8. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 25 gennaio 2008. Recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 15 novembre 2007, concernente la disciplina per l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica.

D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502. Art. 6-III comma. Formazione del personale sanitario.

La formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione avviene in sede ospedaliera ovvero presso altre strutture del Servizio sanitario nazionale e istituzioni private accreditate. I requisiti di idoneità e l'accreditamento delle strutture sono disciplinati con decreto del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica d'intesa con il Ministero della

Sanità. Il Ministero della sanità individua con proprio decreto le figure professionali da formare ed i relativi profili. Il relativo ordinamento didattico è definito, ai sensi dell'art. 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341, con decreto del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica emanato di concerto con il Ministero della sanità. Per tali finalità le regioni e le università attivano appositi protocolli di intesa per l'espletamento dei corsi di cui all'art. 2 della legge 19 novembre 1990, n. 341. La titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario è affidata di norma a personale del ruolo sanitario dipendente dalle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in possesso dei requisiti previsti. I rapporti di attuazione delle predette intese sono regolati con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere, le unità sanitarie locali, le istituzioni pubbliche e private accreditate e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. I diplomi conseguiti sono rilasciati a firma del responsabile del corso e del rettore dell'università competente. L'esame finale che consiste in una prova scritta ed in una prova pratica, abilita all'esercizio professionale. Nelle commissioni di esame è assicurata la presenza di rappresentanti dei collegi professionali, ove costituiti. I corsi di studio relativi alle figure professionali individuate ai sensi del presente articolo e previsti dal precedente ordinamento che non siano stati riordinati ai sensi del citato art. 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341, sono soppressi entro due anni a decorrere dal 1° gennaio 1994, garantendo, comunque, il completamento degli studi agli studenti che si iscrivono entro il predetto termine al primo anno di corso. A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, per l'accesso alle scuole ed ai corsi disciplinati dal precedente ordinamento è in ogni caso richiesto il possesso di un diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado di durata quinquennale. Alle scuole ed ai corsi disciplinati dal precedente ordinamento e per il predetto periodo temporale possono accedere gli aspiranti che abbiano superato il primo biennio di scuola secondaria superiore per i posti che non dovessero essere coperti dai soggetti in possesso del diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado.

Legge 26 febbraio 1999, n. 42. Disposizioni in materia di professioni sanitarie.

Art. 1-Definizione delle professioni sanitarie.

La denominazione “ professione sanitaria ausiliaria ”, nel testo unico delle leggi

sanitarie – R. D. 27 luglio 1934, n. 1265, nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione “ professione sanitaria ”.

Dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono abrogati il regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n.225, ad eccezione delle disposizioni previste dal titolo V; il decreto del Presidente della Repubblica 7 marzo 1975, n.163 e l’art. 24 del regolamento approvato con Decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1968, n. 680 e successive modificazioni. Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all’art. 6–comma III, D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l’accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.

Artt.2 e 3 omissis.

Art. 4-Diplomi conseguiti in base alla normativa anteriore a quella di attuazione dell’art. 6, comma III - D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni.

Fermo restando quanto previsto dal decreto-legge 13 settembre 1996, n.475, convertito, con modificazioni, dalla legge 5 novembre 1996, n. 573, per le professioni di cui all’articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, ai fini dell’esercizio professionale e dell’accesso alla formazione post-base, i diplomi e gli attestati conseguiti in base alla precedente normativa, che abbiano permesso l’iscrizione ai relativi albi professionali o l’attività professionale in regime di lavoro dipendente o autonomo o che siano previsti dalla normativa concorsuale del personale del Servizio sanitario nazionale o degli altri comparti del settore pubblico, sono equipollenti ai diplomi universitari di cui al citato articolo 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni ed integrazioni, ai fini dell’esercizio professionale e dell’accesso alla formazione post-base.

Con decreto del Ministero della sanità, d’intesa con il Ministero dell’università e della ricerca scientifica e tecnologica, sono stabiliti, con riferimento alla

iscrizione nei ruoli nominativi regionali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, allo stato giuridico dei dipendenti degli altri comparti del settore pubblico e privato e alla qualità e alla durata dei corsi e, se del caso, al possesso di una pluriennale esperienza professionale, i criteri e le modalità per riconoscere come equivalenti ai diplomi universitari, di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni ed integrazioni, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base, ulteriori titoli conseguiti conformemente all'ordinamento in vigore anteriormente all'emanazione dei decreti di individuazione dei profili professionali. I criteri e le modalità definiti dal decreto di cui al presente comma possono prevedere anche la partecipazione ad appositi corsi di riqualificazione professionale, con lo svolgimento di un esame finale. Le disposizioni previste dal presente comma non comportano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato né degli enti di cui agli articoli 25 e 27 della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni.

Il decreto di cui al comma 2 è emanato, previo parere delle competenti commissioni parlamentari, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

In fase di prima applicazione, il decreto di cui al comma 2 stabilisce i requisiti per la valutazione dei titoli di formazione conseguiti presso enti pubblici o privati, italiani o stranieri, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base per i profili professionali di nuova istituzione ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni.

Legge 10 agosto 2000, n. 251. Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica.

Art. 1 - Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica

Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.

Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico-ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel Servizio sanitario nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione europea.

Il Ministero della sanità, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emana linee guida per:

- a) l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni;
- b) la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata.

Art. 2 - Professioni sanitarie riabilitative

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

Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, lo sviluppo e la valorizzazione delle funzioni delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione, al fine di contribuire, anche attraverso la diretta responsabilizzazione di funzioni organizzative e didattiche, alla realizzazione del diritto alla salute del cittadino, al processo di aziendalizzazione e al miglioramento della qualità organizzativa e professionale nel Servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di una integrazione omogenea con i servizi sanitari e gli ordinamenti degli altri Stati dell'Unione europea.

Art. 3 - Professioni tecnico-sanitarie

Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area tecnico-diagnostica e dell'area tecnico-assistenziale svolgono, con autonomia professionale, le procedure tecniche necessarie alla esecuzione di metodiche diagnostiche su materiali biologici

o sulla persona, ovvero attività tecnico-assistenziale, in attuazione di quanto previsto nei regolamenti concernenti l'individuazione delle figure e dei relativi profili professionali definiti con decreto del Ministro della sanità.

Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, lo sviluppo e la valorizzazione delle funzioni delle professioni sanitarie dell'area tecnico-sanitaria, al fine di contribuire, anche attraverso la diretta responsabilizzazione di funzioni organizzative e didattiche, al diritto alla salute del cittadino, al processo di aziendalizzazione e al miglioramento della qualità organizzativa e professionale nel Servizio sanitario nazionale con l'obiettivo di una integrazione omogenea con i servizi sanitari e gli ordinamenti degli altri Stati dell'Unione europea.

Art. 4 - Professioni tecniche della prevenzione

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

I Ministeri della sanità e dell'ambiente, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emanano linee guida per l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie e nelle agenzie regionali per l'ambiente della diretta responsabilità e gestione delle attività di competenza delle professioni tecniche della prevenzione.

Art. 5 - Formazione universitaria

Il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, di concerto con il Ministro della sanità, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, individua con uno o più decreti i criteri per la disciplina degli ordinamenti didattici di specifici corsi universitari ai quali possono accedere gli esercenti le professioni di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della presente legge, in possesso di diploma universitario o di titolo equipollente per legge.

Le università nelle quali è attivata la scuola diretta a fini speciali per docenti e dirigenti di assistenza infermieristica sono autorizzate alla progressiva disatti-

vazione della suddetta scuola contestualmente alla attivazione dei corsi universitari di cui al comma 1.

Art. 6 - Definizione delle professioni e dei relativi livelli di inquadramento

Il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, acquisiti i pareri del Consiglio superiore di sanità e del comitato di medicina del Consiglio universitario nazionale, include le diverse figure professionali esistenti o che saranno individuate successivamente in una delle fattispecie di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4.

Il Governo, con atto regolamentare emanato ai sensi dell'articolo 18, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come sostituito dall'articolo 19 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, definisce la disciplina concorsuale, riservata al personale in possesso degli specifici diplomi rilasciati al termine dei corsi universitari di cui all'articolo 5, comma 1, della presente legge, per l'accesso ad una nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario, alla quale si accede con requisiti analoghi a quelli richiesti per l'accesso alla dirigenza del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 26 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29. Le regioni possono istituire la nuova qualifica di dirigente del ruolo sanitario nell'ambito del proprio bilancio, operando con modificazioni compensative delle piante organiche su proposta delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

Art. 7 - Disposizioni transitorie

Al fine di migliorare l'assistenza e per la qualificazione delle risorse le aziende sanitarie possono istituire il servizio dell'assistenza infermieristica ed ostetrica e possono attribuire l'incarico di dirigente del medesimo servizio. Fino alla data del compimento dei corsi universitari di cui all'articolo 5 della presente legge l'incarico, di durata triennale rinnovabile, e' regolato da contratti a tempo determinato, da stipulare, nel limite numerico indicato dall'articolo 15-septies, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'articolo 13 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, dal direttore generale con un appartenente alle professioni di cui all'articolo 1 della presente legge, attraverso idonea procedura selettiva tra i candidati in possesso di requisiti di esperienza e qualificazione professionale predeterminati. Gli incarichi di cui al presente articolo comportano l'obbligo per l'azienda di sopprimere un numero pari di posti

di dirigente sanitario nella dotazione organica definita ai sensi della normativa vigente. Per i dipendenti delle amministrazioni pubbliche si applicano le disposizioni del comma 4 del citato articolo 15-septies. Con specifico atto d'indirizzo del Comitato di settore per il comparto sanità sono emanate le direttive all'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) per la definizione, nell'ambito del contratto collettivo nazionale dell'area della dirigenza dei ruoli sanitario, amministrativo, tecnico e professionale del Servizio sanitario nazionale, del trattamento economico dei dirigenti nominati ai sensi del presente comma nonché delle modalità di conferimento, revoca e verifica dell'incarico.

Le aziende sanitarie possono conferire incarichi di dirigente, con modalità analoghe a quelle previste al comma 1, per le professioni sanitarie di cui alla legge 26 febbraio 1999, n. 42, nelle regioni nelle quali sono emanate norme per l'attribuzione della funzione di direzione relativa alle attività della specifica area professionale.

La legge regionale che disciplina l'attività e la composizione del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, prevede la partecipazione al medesimo Collegio dei dirigenti aziendali di cui ai commi 1 e 2 del presente articolo.

Decreto Ministero della Sanità 29 marzo 2001. Definizione delle figure professionali.

Art. 1.

Le figure professionali di cui all'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono incluse nelle fattispecie di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, come specificato nei successivi articoli.

Art. 2.

Nella fattispecie: "professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica" sono incluse le seguenti figure professionali:

- a) infermiere;
- b) ostetrica/o;
- c) infermiere pediatrico.

Art. 3.

Nella fattispecie: “professioni sanitarie riabilitative” sono incluse le seguenti figure professionali:

- a) podologo;
- b) fisioterapista;
- c) logopedista;
- d) ortottista - assistente di oftalmologia;
- e) terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva;
- f) tecnico della riabilitazione psichiatrica;
- g) terapeuta occupazionale;
- h) educatore professionale.

Art. 4.

1. Nella fattispecie: “Professioni tecnico sanitarie” articolata in area tecnico-diagnostica e area tecnico-assistenziale, sono incluse le seguenti figure professionali:

1.1 area tecnico - diagnostica:

- a) tecnico audiometrista;
- b) tecnico sanitario di laboratorio biomedica;
- c) tecnico sanitario di radiologia medica;
- d) tecnico di neurofisiopatologia.

1.2 area tecnico - assistenziale:

- a) tecnico ortopedico;
- b) tecnico audioprotesista;
- c) tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare;
- d) igienista dentale;
- e) dietista.

Art. 5.

Nella fattispecie: “professioni tecniche della prevenzione” sono incluse le seguenti figure professionali:

- a) tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro;
- b) assistente sanitario.

Decreto Legge 12 novembre 2001, n. 402, convertito nella legge 8 gennaio 2002, 1. Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario.

In caso di accertata impossibilità a coprire posti di infermiere e di tecnico sanitario di radiologia medica mediante il ricorso a procedure concorsuali, le Aziende unità sanitarie locali, le Aziende ospedaliere, le residenze sanitarie assistenziali e le case di riposo, previa autorizzazione della Regione, hanno facoltà, non oltre il 31 dicembre 2003:

- a) di riammettere in servizio infermieri e tecnici sanitari di radiologia medica che abbiano volontariamente risolto il rapporto di lavoro da non oltre cinque anni;
- b) di stipulare contratti di lavoro, a tempo determinato, per la durata massima di un anno, rinnovabile;

Tale facoltà è riconosciuta, non oltre il 31 dicembre 2003, anche agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Le Aziende sanitarie locali, le Aziende ospedaliere, le Residenze sanitarie per anziani e gli Istituti di riabilitazione, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e le case di riposo, previa autorizzazione della Regione, possono remunerare agli infermieri dipendenti in forza di un contratto con l'azienda prestazioni orarie aggiuntive rese al di fuori dell'impegno di servizio, rispetto a quelle proprie del rapporto di dipendenza; tali prestazioni sono rese in regime libero professionale e sono assimilate, ancorchè rese all'amministrazione di appartenenza, al lavoro subordinato, ai soli fini fiscali e contributivi ivi compresi i premi e i contributi versati all'INAIL.

Sono ammessi a svolgere prestazioni aggiuntive gli infermieri e i tecnici sanitari di radiologia medica dipendenti dalla stessa Amministrazione, in possesso dei seguenti requisiti:

- a) essere in servizio con rapporto di lavoro a tempo pieno da almeno sei mesi;
- b) essere esenti da limitazioni anche parziali o prescrizioni alle mansioni come certificate dal medico competente;
- c) non beneficiare, nel mese in cui è richiesta la prestazione aggiuntiva, di istituti normativi o contrattuali che comportino la riduzione, a qualsiasi titolo, dell'orario di servizio, comprese le assenze per malattia.

L'Amministrazione interessata utilizza in via prioritaria le prestazioni aggiun-

tive per garantire gli standard assistenziali nei reparti di degenza e l'attività delle sale operatorie.

La tariffa di tali prestazioni aggiuntive a favore dell'Amministrazione di appartenenza e i tetti massimi individuali della stessa sono determinati, previa consultazione delle organizzazioni sindacali in sede decentrata.

Le disposizioni di cui ai commi 1, lettera b), 2 e 5 si applicano, ai sensi dell'articolo 2, comma 3, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, sino all'entrata in vigore di una specifica disciplina contrattuale e, comunque, non oltre la data del 31 dicembre 2003.

Il Ministro della salute, sentito il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, individua, con proprio decreto emanato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, le figure di operatori professionali dell'area sanitaria, fatte salve le competenze già attribuite alle professioni sanitarie disciplinate dalle leggi 26 febbraio 1999, n. 42, e 10 agosto 2000, n. 251, nonché, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, le figure professionali operanti nell'area socio-sanitaria ad alta integrazione sanitaria che possono essere formate attraverso corsi organizzati a cura delle regioni senza nuovi o maggiori oneri per la finanza statale. Con lo stesso decreto sono stabiliti standard minimi di insegnamento teorico e di addestramento pratico, nonché i principi per la composizione della Commissione esaminatrice e per l'espletamento dell'esame finale senza nuovi o maggiori oneri per la finanza statale.

Fino a quando non si procederà ai sensi del comma 7, per l'operatore socio-sanitario restano confermate le disposizioni di cui all'accordo intervenuto il 22 febbraio 2001 in sede di Conferenza Stato-regioni tra il Ministro della salute, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Con la stessa procedura è disciplinata, per l'operatore socio-sanitario la formazione complementare in assistenza sanitaria che consente a detto operatore di collaborare con l'infermiere o con l'ostetrica e di svolgere alcune attività assistenziali in base all'organizzazione dell'unità funzionale di appartenenza e conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione.

Il conseguimento del master di primo livello di tipo specialistico in Scienze infermieristiche e delle professioni sanitarie, organizzato dalle università ai sensi

dell'articolo 3, comma 8, del decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, costituisce titolo valutabile ai fini della carriera.

I diplomi, conseguiti in base alla normativa precedente, dagli appartenenti alle professioni sanitarie ex lege n. 42 del 1999 e n. 251 del 2000 e i diplomi di assistente sociale sono validi ai fini dell'accesso ai corsi di laurea specialistica, ai master ed agli altri corsi di formazione post-base di cui al decreto ministeriale n. 509 del 1999 attivati dalle università.

Commi 10 bis e 10 ter dell'art. 1; art. 1 bis; art 1 quater; art 2 omissis.

Legge 1 febbraio 2006, n. 43. Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico sanitarie e della prevenzione. Delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali.

ART. 1.

(Definizione).

1. Sono professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, quelle previste ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, e del decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 118 del 23 maggio 2001, i cui operatori svolgono, in forza di un titolo abilitante rilasciato dallo Stato, attività di prevenzione, assistenza, cura o riabilitazione.

2. Resta ferma la competenza delle regioni nell'individuazione e formazione dei profili di operatori di interesse sanitario non riconducibili alle professioni sanitarie come definite dal comma 1.

3. Le norme della presente legge si applicano alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e di Bolzano in quanto compatibili con i rispettivi statuti speciali e le relative norme di attuazione.

ART. 2.

(Requisiti).

1. L'esercizio delle professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, è subordinato al conseguimento del titolo universitario rilasciato a seguito di esame finale con valore abilitante all'esercizio della professione. Tale titolo universitario è definito ai sensi dell'articolo 4, comma 1, lettera c), e' valido sull'intero territorio

nazionale nel rispetto della normativa europea in materia di libera circolazione delle professioni ed è rilasciato a seguito di un percorso formativo da svolgersi in tutto o in parte presso le aziende e le strutture del Servizio sanitario nazionale, inclusi gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), individuate dalle regioni, sulla base di appositi protocolli d'intesa tra le stesse e le università, stipulati ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. Fermo restando il titolo universitario abilitante, il personale del servizio sanitario militare, nonché quello addetto al comparto sanitario del Corpo della guardia di finanza, può svolgere il percorso formativo presso le strutture del servizio stesso, individuate con decreto del Ministro della salute, che garantisce la completezza del percorso formativo. Per il personale addetto al settore sanitario della Polizia di Stato, alle medesime condizioni, il percorso formativo può essere svolto presso le stesse strutture della Polizia di Stato, individuate con decreto del Ministro dell'interno di concerto con il Ministro della salute, che garantisce la completezza del percorso formativo.

2. Gli ordinamenti didattici dei corsi di laurea di cui al comma 1 sono definiti con uno o più decreti del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni. L'esame di laurea ha valore di esame di Stato abilitante all'esercizio della professione. Le università possono procedere alle eventuali modificazioni dell'organizzazione didattica dei corsi di laurea già esistenti, ovvero all'istituzione di nuovi corsi di laurea, nei limiti delle risorse a tal fine disponibili nei rispettivi bilanci.

3. L'iscrizione all'albo professionale è obbligatoria anche per i pubblici dipendenti ed è subordinata al conseguimento del titolo universitario abilitante di cui al comma 1, salvaguardando comunque il valore abilitante dei titoli già riconosciuti come tali alla data di entrata in vigore della presente legge.

4. L'aggiornamento professionale è effettuato secondo modalità identiche a quelle previste per la professione medica.

Commi 5 e 6 omissis.

ART. 3.

(Istituzione degli ordini delle professioni sanitarie).

1. In ossequio all'articolo 32 della Costituzione e in conseguenza del riordino normativo delle professioni sanitarie avviato, in attuazione dell'articolo 1 della

legge 23 ottobre 1992, n. 421, dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, nonché delle riforme degli ordinamenti didattici adottate dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, al fine di adeguare il livello culturale, deontologico e professionale degli esercenti le professioni in ambito sanitario a quello garantito negli Stati membri dell'Unione europea, la presente legge regola le professioni sanitarie di cui all'articolo 1, nel rispetto dei diversi iter formativi, anche mediante l'istituzione dei rispettivi ordini ed albi, ai quali devono accedere gli operatori delle professioni sanitarie esistenti, nonché di quelle di nuova configurazione.

ART. 4.

(Delega al Governo per l'istituzione degli ordini ed albi professionali).

1. Il Governo è delegato ad adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi al fine di istituire, per le professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, i relativi ordini professionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nel rispetto delle competenze delle regioni e sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) trasformare i collegi professionali esistenti in ordini professionali, salvo quanto previsto alla lettera b) e ferma restando, ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, e del citato decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, l'assegnazione della professione dell'assistente sanitario all'ordine della prevenzione, prevedendo l'istituzione di un ordine specifico, con albi separati per ognuna delle professioni previste dalla legge n. 251 del 2000, per ciascuna delle seguenti aree di professioni sanitarie: area delle professioni infermieristiche; area della professione ostetrica; area delle professioni della riabilitazione; area delle professioni tecnico-sanitarie; area delle professioni tecniche della prevenzione;

b) aggiornare la definizione delle figure professionali da includere nelle fattispecie di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, come attualmente disciplinata dal decreto ministeriale 29 marzo 2001;

c) individuare, in base alla normativa vigente, i titoli che consentano l'iscrizione agli albi di cui al presente comma;

d) definire, per ciascuna delle professioni di cui al presente comma, le attività

il cui esercizio sia riservato agli iscritti agli ordini e quelle il cui esercizio sia riservato agli iscritti ai singoli albi;

e) definire le condizioni e le modalità in base alle quali si possa costituire un unico ordine per due o più delle aree di professioni sanitarie individuate ai sensi della lettera a);

f) definire le condizioni e le modalità in base alle quali si possa costituire un ordine specifico per una delle professioni sanitarie di cui al presente comma, nell'ipotesi che il numero degli iscritti al relativo albo superi le ventimila unità, facendo salvo, ai fini dell'esercizio delle attività professionali, il rispetto dei diritti acquisiti dagli iscritti agli altri albi dell'ordine originario e prevedendo che gli oneri della costituzione siano a totale carico degli iscritti al nuovo ordine;

g) prevedere, in relazione al numero degli operatori, l'articolazione degli ordini a livello provinciale o regionale o nazionale;

h) disciplinare i principi cui si devono attenere gli statuti e i regolamenti degli ordini neocostituiti;

i) prevedere che le spese di costituzione e di funzionamento degli ordini ed albi professionali di cui al presente articolo siano poste a totale carico degli iscritti, mediante la fissazione di adeguate tariffe;

l) prevedere che, per gli appartenenti agli ordini delle nuove categorie professionali, restino confermati gli obblighi di iscrizione alle gestioni previdenziali previsti dalle disposizioni vigenti.

2. Gli schemi dei decreti legislativi predisposti ai sensi del comma 1, previa acquisizione del parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono trasmessi alle Camere ai fini dell'espressione dei pareri da parte delle Commissioni parlamentari competenti per materia, che sono resi entro quaranta giorni dalla data di trasmissione. Decorso tale termine, i decreti sono emanati anche in mancanza dei pareri. Qualora il termine previsto per i pareri dei competenti organi parlamentari scada nei trenta giorni che precedono o seguono la scadenza del termine di cui al comma 1, quest'ultimo s'intende automaticamente prorogato di novanta giorni.

ART. 5.

(Individuazione di nuove professioni in ambito sanitario).

1. L'individuazione di nuove professioni sanitarie da ricomprendere in una delle aree di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, il cui

esercizio deve essere riconosciuto su tutto il territorio nazionale, avviene in sede di recepimento di direttive comunitarie ovvero per iniziativa dello Stato o delle regioni, in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Piano sanitario nazionale o nei Piani sanitari regionali, che non trovano rispondenza in professioni già riconosciute.

2. L'individuazione è effettuata, nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalla presente legge, mediante uno o più accordi, sanciti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e recepiti con decreti del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri.

3. L'individuazione è subordinata ad un parere tecnico-scientifico, espresso da apposite commissioni, operanti nell'ambito del Consiglio superiore di sanità, di volta in volta nominate dal Ministero della salute, alle quali partecipano esperti designati dal Ministero della salute e dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e i rappresentanti degli ordini delle professioni di cui all'articolo 1, comma 1, senza oneri a carico della finanza pubblica. A tal fine, la partecipazione alle suddette commissioni non comporta la corresponsione di alcuna indennità o compenso nè rimborso spese.

4. Gli accordi di cui al comma 2 individuano il titolo professionale e l'ambito di attività di ciascuna professione.

5. La definizione delle funzioni caratterizzanti le nuove professioni avviene evitando parcellizzazioni e sovrapposizioni con le professioni già riconosciute o con le specializzazioni delle stesse.

ART. 6.

(Istituzione della funzione di coordinamento).

1. In conformità all'ordinamento degli studi dei corsi universitari, disciplinato ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni, il personale laureato appartenente alle professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, della presente legge, è articolato come segue:

a) professionisti in possesso del diploma di laurea o del titolo universitario conseguito anteriormente all'attivazione dei corsi di laurea o di diploma ad esso equipollente ai sensi dell'articolo 4 della legge 26 febbraio 1999, n. 42;

b) professionisti coordinatori in possesso del master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

c) professionisti specialisti in possesso del master di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

d) professionisti dirigenti in possesso della laurea specialistica di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 2 aprile 2001 e che abbiano esercitato l'attività professionale con rapporto di lavoro dipendente per almeno cinque anni, oppure ai quali siano stati conferiti incarichi dirigenziali ai sensi dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, e successive modificazioni.

2. Per i profili delle professioni sanitarie di cui al comma 1 può essere istituita la funzione di coordinamento, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. A tal fine, l'eventuale conferimento di incarichi di coordinamento ovvero di incarichi direttivi comporta per le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie pubbliche interessate, ai sensi dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, l'obbligo contestuale di sopprimere nelle piante organiche di riferimento un numero di posizioni effettivamente occupate ed equivalenti sul piano finanziario.

3. I criteri e le modalità per l'attivazione della funzione di coordinamento in tutte le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private sono definiti, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con apposito accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Ministro della salute e le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

4. L'esercizio della funzione di coordinamento è espletato da coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti:

a) master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento

nell'area di appartenenza, rilasciato ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

b) esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza.

5. Il certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica, incluso quello rilasciato in base alla pregressa normativa, è valido per l'esercizio della funzione di coordinatore.

6. Il coordinamento viene affidato nel rispetto dei profili professionali, in correlazione agli ambiti ed alle specifiche aree assistenziali, dipartimentali e territoriali.

7. Le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, nelle aree caratterizzate da una determinata specificità assistenziale, ove istituiscano funzioni di coordinamento ai sensi del comma 2, affidano il coordinamento allo specifico profilo professionale.

ART. 7.

(Disposizioni finali).

1. Alle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione già riconosciute alla data di entrata in vigore della presente legge continuano ad applicarsi le disposizioni contenute nelle rispettive fonti di riconoscimento, salvo quanto previsto dalla presente legge.

2. Con il medesimo procedimento di cui all'articolo 6, comma 3, della presente legge, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previa acquisizione del parere degli ordini professionali delle professioni interessate, si può procedere ad integrazioni delle professioni riconosciute ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

Il termine di sei mesi di cui all'art. 4 – comma 1 è stato sostituito da quello di ventiquattro mesi dall'articolo 1 della legge 17 ottobre 2007, n. 189.

7. Legge 3 Agosto 2007, n. 120. Disposizioni in materia di attività libero-pro-

fessionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria – Art.4.

Art. 4

Differimento del termine per le prestazioni aggiuntive da parte degli infermieri e dei tecnici sanitari di radiologia medica.

1. Al fine di consentire la continuità del ricorso alle prestazioni aggiuntive degli infermieri e dei tecnici sanitari di radiologia medica, nel rispetto delle disposizioni recate in materia di contenimento delle spese di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale dai provvedimenti di finanza pubblica, il termine del 31 maggio 2007, previsto dall'articolo 1, comma 2, del decreto-legge 28 dicembre 2006, n. 300, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 2007, n. 17, è differito fino alla definizione della disciplina di tali prestazioni aggiuntive nell'ambito del contratto collettivo nazionale di comparto 2006-2009 e non oltre la data di entrata in vigore del contratto medesimo.

2. La definizione da parte del contratto collettivo nazionale di comparto delle prestazioni aggiuntive di cui al comma 1 non deve comportare effetti di maggiori oneri sul livello di finanziamento del contratto collettivo nazionale di comparto medesimo, quantificato secondo i criteri ed i parametri previsti per tutto il pubblico impiego.

3. Sono fatti salvi i contratti per le prestazioni di cui al comma 1, eventualmente posti in essere per il periodo dal 1° giugno 2007 alla data di entrata in vigore della presente legge, purché compatibili con il vincolo di cui al comma 1.

8. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 25 gennaio 2008

Recepimento dell'accordo 15 novembre 2007, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente la disciplina per l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica.

Articolo 1.

1. E' reso esecutivo l'accordo 15 novembre 2007, di cui all'allegato I che costituisce parte integrante del presente decreto concernente, la disciplina per l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione della prevenzione e della professione di ostetrica.

Articolo 2 omissis

Allegato 1 (Articolo 1, comma 1)

Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente la disciplina per l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica.

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 15 novembre 2007: Visto l'art. 2, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affida alla Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi secondo quanto disposto dall'art. 4 del medesimo decreto, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio di rispettive competenze per svolgere attività di interesse comune; Vista la legge 10 agosto 2000, n. 251, recante «Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica», che all'art. 6, comma 2, stabilisce che il Governo, con apposito atto regolamentare, sentita la Conferenza Stato – regioni, definisce la disciplina concorsuale, riservata al personale in possesso degli specifici diplomi rilasciati al termine di corsi universitari, per l'accesso ad una nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario, alla quale si accede con requisiti analoghi a quelli richiesti per l'accesso alla dirigenza del Servizio Sanitario Nazionale di cui all'art. 26 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 e successive modifiche ed integrazioni; Considerato che l'art. 41 del C.C.N.L. Integrativo del CCNL Area della dirigenza dei ruoli Sanitario, Professionale, Tecnico ed Amministrativo del Servizio Sanitario Nazionale stipulato in data 10 febbraio 2004, ha riaffermato che la predetta disciplina concorsuale per l'accesso ad una nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario è da emanarsi con il regolamento di cui al citato art. 6 della legge n. 251 del 2000; Vista la nota del 12 giugno 2007 con la quale il Ministero della salute ha proposto lo schema di accordo in oggetto; Considerato che, a seguito della riunione tecnica svoltasi il 5 luglio 2007, il Ministero della salute, con nota del 23 ottobre 2007, ha trasmesso una nuova stesura

dello schema di accordo di cui trattasi che tiene conto delle osservazioni formulate dalle regioni e province autonome, nonché delle richieste di modifica avanzate dal Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri e dal Ministero dell'economia delle finanze; Vista la nota in data 7 novembre 2007, con la quale la Regione Toscana, Coordinatrice interregionale in sanità, su tale ultima versione dello schema di Accordo, ha espresso avviso tecnico favorevole in considerazione del fatto che «il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di recepimento dei contenuti dell'Accordo, previsto dall'art. 6 dello schema, si inserisce, in armonia con la ripartizione delle competenze tra Stato e regioni, come strumento concertato e consapevole di garanzia di omogenea attuazione da parte delle regioni e province autonome dei contenuti dell'accordo medesimo»; Acquisito, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, sulla proposta di accordo di cui trattasi;

SANCISCE

accordo tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nei termini di seguito riportati:

Articolo 1. Requisiti specifici di ammissione

1. Ai fini dell'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni dell'area infermieristica, tecnica, della riabilitazione, della prevenzione ed ostetrica, di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251, è necessario essere in possesso dei seguenti requisiti: a) laurea specialistica o magistrale della classe relativa alla specifica area; b) cinque anni di servizio effettivo corrispondente alla medesima professionalità, relativa al concorso specifico, prestato in enti del Servizio Sanitario Nazionale nella categoria D o Ds, ovvero in qualifiche corrispondenti di altre pubbliche amministrazioni; c) iscrizione ai relativi albi professionali, ove esistenti, attestata da certificato in data non anteriore a sei mesi rispetto a quello di scadenza del bando.

Articolo 2. Commissione esaminatrice

1. La commissione esaminatrice è nominata dal direttore generale della azienda U.S.L. o dell'azienda ospedaliera ed è composta da: a) presidente: il direttore sanitario o un dirigente sanitario di struttura complessa individuato dal direttore generale; b) componenti: due dirigenti dell'area delle professioni sani-

tarie di riferimento, di cui uno sorteggiato nell'ambito del personale in servizio presso le aziende U.U.S.S.L.L. o le aziende ospedaliere situate nel territorio ed uno designato dalla regione;c) segretario: un funzionario amministrativo della azienda U.S.L. o dell'azienda ospedaliera, almeno di categoria D.

Articolo 3. Prove d'esame

1. Le prove di esame sono le seguenti:a) prova scritta: relazione su argomenti inerenti la funzione da conferire e impostazione di un piano di lavoro o soluzione di una serie di quesiti a risposta sintetica nelle materie inerenti al profilo a concorso;b) prova pratica: utilizzo di tecniche professionali orientate alla soluzione di casi concreti;c) prova orale: colloquio nelle materie delle prove scritte, con particolare riferimento alla organizzazione dei servizi sanitari, nonché su altre materie indicate nel bando di concorso.

Articolo 4. Punteggio

1. La Commissione dispone, complessivamente, di 100 punti, così ripartiti:

- a) 20 punti per i titoli;
- b) 80 punti per le prove d'esame.

2. I punti per le prove d'esame sono così ripartiti:

- a) 30 punti per la prova scritta;
- b) 30 punti per la prova pratica;
- c) 20 punti per la prova orale.

3. I punti per la valutazione dei titoli sono così ripartiti:

a) titoli di carriera: 10; b) titoli accademici e di studio: 3; c) pubblicazioni e titoli scientifici: 3; d) curriculum formativo e professionale: 4.

4. Titoli di carriera:

a) servizio di ruolo prestato quale professionista dell'area infermieristica, tecnico-diagnostica e tecnico-assistenziale, riabilitazione, prevenzione ed ostetrica presso le aziende U.U.S.S.L.L. o le aziende ospedaliere e servizi equipollenti ai sensi degli articoli 22 e 23 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 483: 1) nel livello dirigenziale a concorso, punti 1,00 per anno; 2) nella posizione organizzativa, punti 0,75; 3) nella funzione di coordinamento, punti 0,50; 4) nella posizione funzionale inferiore rispetto a quella oggetto di concorso, punti 0,25 per anno;

b) servizio di ruolo quale professionista dell'area infermieristica, tecnico-diagnostica e tecnico-assistenziale,

riabilitazione, prevenzione ed ostetrica presso pubbliche amministrazioni:
1) come dirigente o qualifiche corrispondenti, punti 1,00 per anno; 2) nell'ottavo e nono livello o qualifiche corrispondenti, punti 0,50 per anno; 3) nel settimo livello o qualifiche corrispondenti, punti 0.30 per anno.

5. Titoli accademici di studio e professionali: 1) specializzazioni o titoli universitari attinenti alla posizione funzionale da conferire punti 1,00 per ognuna; 2) master annuale punti 0,50 per ognuna.

6. Per la valutazione delle pubblicazioni e dei titoli scientifici e del curriculum formativo e professionale si applicano i criteri previsti dall'art. 11 del citato decreto del Presidente della Repubblica n. 483/1997.

Articolo 5

1. Per le norme generali dello svolgimento dei concorsi nonché per le norme generali relative alla valutazione dei titoli si fa riferimento, per quanto applicabili, agli articoli da 1 a 23 del decreto del Presidente della Repubblica n. 483/1997.

Articolo 6

1. Il presente Accordo sarà recepito con successivo decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri.

La professione Infermieristica e le regole di natura deontologica

Sommario

1- Premessa

2- Il patto infermiere-cittadino del 12 maggio 1996.

3- Il Codice Deontologico approvato dal Comitato Centrale e dal Consiglio nazionale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI nel gennaio 2009.

4- Norme di comportamento per l'esercizio autonomo della professione infermieristica del 28 settembre 1996.

1 – Premessa

Gli Ordini ed i collegi professionali, nell'esercizio delle proprie attribuzioni, hanno il potere di adottare regole di deontologia professionale vincolanti per gli iscritti.

Tale potere deriva dal disposto di cui all'art. 3. Lett. B) ed F). del D.L. C.P.S 13.9.1946, n. 233.

Art. 3- lett. B) ed F) D.L.C.P.S., n. 233/1946

Al Consiglio direttivo di ciascun Ordine e Collegio spettano le seguenti attribuzioni:

-B) vigilare alla conservazione del decoro e della indipendenza dell'Ordine e del collegio;

-F) esercitare il potere disciplinare nei confronti dei sanitari liberi professionisti iscritti nell'Albo.

Le regole di deontologia cui il professionista deve informare il proprio comportamento sono poste a salvaguardia del decoro professionale. La inosservanza dei relativi precetti è punita con specifiche sanzioni disciplinari.

Le regole ed i principi contenuti nel Codice Deontologico non esauriscono i

dettami che disciplinano, sotto il profilo deontologico, il comportamento degli iscritti e quindi non esauriscono i fatti rilevanti in sede disciplinare.

L'Ordine o il collegio, a mezzo appositi deliberati, può formulare, di volta in volta, fattispecie riprovevoli sotto l'aspetto deontologico.

Conseguentemente, la mancata espressa previsione ad opera del codice deontologico, non esclude che taluni fatti assumano rilievo sotto il profilo deontologico e disciplinare poiché ritenuti disdicevoli al decoro professionale. Determinazione che l'organo ordinistico può assumere nel momento stesso in cui adotta la decisione disciplinare.

Del resto, il DPR n. 221/1950, all'art. 38, non individua i singoli abusi, le mancanze o, in generale, i fatti disdicevoli al decoro professionale che configurano illeciti disciplinari.

Invero, chi esercita una determinata professione sanitaria, ivi compresa quella infermieristica, è obbligato ad osservare specifiche regole deontologiche, rilevabili dalla coscienza sociale e dall'etica professionale.

E' da considerare, nel contempo, che nel caso dell'illecito disciplinare non deve trovare applicazione il principio di legalità di cui all'art. 25 della Costituzione, valevole solo per gli illeciti penali: *nullum crimen sine lege*.

Pertanto, una elencazione tassativa dei singoli doveri e divieti potrebbe lasciare esenti da sanzioni disciplinari, comportamenti non tipizzati ma considerati riprovevoli dalla coscienza collettiva.

2- Patto infermiere- cittadino del 12 maggio 1996

Io infermiere mi impegno nei tuoi confronti a:

Presentarmi al nostro primo incontro, spiegarti chi sono e cosa posso fare per te.

Sapere chi sei, riconoscerti, chiamarti per nome e cognome.

Farmi riconoscere attraverso la divisa e il cartellino di riconoscimento.

Darti risposte chiare e comprensibili o indirizzarti alle persone e agli organi competenti.

Fornirti informazioni utili a rendere più agevole il tuo contatto con l'insieme dei servizi sanitari.

Garantirti le migliori condizioni igieniche e ambientali.

Favorirti nel mantenere le tue relazioni sociali e familiari.

Rispettare il tuo tempo e le tue abitudini.

Aiutarti ad affrontare in modo equilibrato e dignitoso la tua giornata supportandoti nei gesti quotidiani di mangiare, lavarsi, muoversi, dormire, quando non sei in grado di farlo da solo.

Individuare i tuoi bisogni di assistenza, condividerli con te, proporti le possibili soluzioni, operare insieme per risolvere i problemi.

Insegnarti quali sono i comportamenti più adeguati per ottimizzare il tuo stato di salute nel rispetto delle tue scelte e stile di vita.

Garantirti competenza, abilità e umanità nello svolgimento delle tue prestazioni assistenziali.

Rispettare la tua dignità, le tue insicurezze e garantirti la riservatezza.

Ascoltarti con attenzione e disponibilità quando hai bisogno.

Starti vicino quando soffri, quando hai paura, quando la medicina e la tecnica non bastano.

Promuovere e partecipare a iniziative atte a migliorare le risposte assistenziali infermieristiche all'interno dell'organizzazione.

Segnalare agli organi e figure competenti le situazioni che ti possono causare danni e disagi.

2- Il codice Deontologico. Approvato dal Comitato centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI con deliberazione n. 1/09 del 10.01.2009 e dal Consiglio nazionale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI nella seduta svoltasi in Roma in data 17.01.09

Capo I

Articolo 1

L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica.

Articolo 2

L'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.

Articolo 3

La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel pren-

dersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

Articolo 4

L'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona.

Articolo 5

Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'esercizio della professione infermieristica.

Articolo 6

L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione.

Capo II

Articolo 7

L'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile, in particolare, quando vi sia disabilità, svantaggio, fragilità.

Articolo 8

L'infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della clausola di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito.

Articolo 9

L'infermiere nell'agire professionale, si impegna ad operare con prudenza al fine di non nuocere.

Articolo 10

L'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse disponibili.

Capo III

Articolo 11

L'infermiere fonda il suo operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e

competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati.

Articolo 12

L'infermiere riconosce il valore della ricerca, della sperimentazione clinica e assistenziale per l'evoluzione delle conoscenze e per i benefici sull'assistito.

Articolo 13

L'infermiere assume responsabilità in base al proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale.

Articolo 14

L'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito.

Articolo 15

L'infermiere chiede formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza.

Articolo 16

L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e promuove il ricorso alla consulenza etica, anche al fine di contribuire all'approfondimento della riflessione bioetica.

Articolo 17

L'infermiere, nell'agire professionale è libero da condizionamenti derivanti da pressioni o interessi di assistiti, familiari, altri operatori, imprese, associazioni, organismi.

Articolo 18

L'infermiere, in situazioni di emergenza-urgenza, presta soccorso e si attiva per garantire l'assistenza necessaria. In caso di calamità si mette a disposizione dell'autorità competente.

Capo IV

Articolo 19

L'infermiere promuove stili di vita sani, la diffusione della salute e della tutela

ambientale, anche attraverso l'informazione e l'educazione. A tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.

Articolo 20

L'infermiere, ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte.

Articolo 21

L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne favorisce i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, coinvolgendole nel piano di assistenza. Tiene conto della dimensione interculturale e dei bisogni assistenziali ad essa correlati.

Articolo 22

L'infermiere conosce il progetto diagnostico-terapeutico per le influenze che questo ha sul percorso assistenziale e sulla relazione con l'assistito.

Articolo 23

L'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multi professionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.

Articolo 24

L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.

Articolo 25

L'infermiere rispetta la consapevole ed esplicita volontà dell'assistito di non essere informato sul suo stato di salute, purché la mancata informazione non sia di pericolo per sé o per gli altri.

Articolo 26

L'infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi all'assistito. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è attinente all'assistenza.

Articolo 27

L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.

Articolo 28

L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per l'obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta del rapporto di fiducia con l'assistito.

Articolo 29

L'infermiere concorre a promuovere le migliori condizioni di sicurezza dell'assistito e dei familiari e lo sviluppo della cultura dell'imparare dall'errore. Partecipa alle iniziative per la gestione del rischio clinico.

Articolo 30

L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali.

Articolo 31

L'infermiere si adopera affinché sia presa in considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte assistenziali, diagnostico-terapeutiche e sperimentali, tenuto conto dell'età e del suo grado di maturità.

Articolo 32

L'infermiere si impegna a promuovere la tutela degli assistiti che si trovano in condizioni che ne limitano lo sviluppo o l'espressione, quando la famiglia e il contesto non siano adeguati ai loro bisogni.

Articolo 33

L'infermiere che rilevi maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito mette in opera tutti i mezzi per proteggerlo, segnalando le circostanze, ove necessario, all'autorità competente.

Articolo 34

L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari.

Articolo 35

L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita dell'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.

Articolo 36

L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita.

Articolo 37

L'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui espresso in precedenza e documentato.

Articolo 38

L'infermiere non attua e non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito.

Articolo 39

L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nella evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto.

Articolo 40

L'infermiere favorisce l'informazione e l'educazione sulla donazione del sangue, tessuti ed organi quale atto di solidarietà e sostiene le persone coinvolte nel donare e nel ricevere.

Capo V

Articolo 41

L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori di cui riconosce e valorizza lo specifico apporto all'interno dell'equipe.

Articolo 42

L'infermiere tutela la dignità propria e dei colleghi, attraverso comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà.

Articolo 43

L'infermiere segnala al proprio Collegio professionale ogni abuso o comportamento dei colleghi contrario alla deontologia.

Articolo 44

L'infermiere tutela il decoro personale ed il proprio nome. Salvaguarda il prestigio della professione ed esercita con onestà l'attività professionale.

Articolo 45

L'infermiere agisce con lealtà nei confronti dei colleghi e degli altri operatori.

Articolo 46

L'infermiere si ispira a trasparenza e veridicità nei messaggi pubblicitari, nel rispetto delle indicazioni del Collegio professionale.

Capo VI

Articolo 47

L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'utilizzo equo ed appropriato delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.

Articolo 48

L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione ai responsabili professionali della struttura in cui opera o a cui afferisce il proprio assistito.

Articolo 49

L'infermiere, nell'interesse primario degli assistiti, compensa le carenze e i disservizi che possono eccezionalmente verificarsi nella struttura in cui opera. Rifiuta la compensazione, documentandone le ragioni, quando sia abituale o ricorrente o comunque pregiudichi sistematicamente il suo mandato professionale.

Articolo 50

L'infermiere, a tutela della salute della persona, segnala al proprio Collegio professionale le situazioni che possono configurare l'esercizio abusivo della professione infermieristica.

Articolo 51

L'infermiere segnala al proprio Collegio professionale le situazioni in cui sussistono circostanze o persistono condizioni che limitano la qualità delle cure e dell'assistenza o il decoro dell'esercizio professionale.

Disposizioni finali

Le norme deontologiche contenute nel presente Codice sono vincolanti; la loro inosservanza è sanzionata dal Collegio professionale.

I Collegi professionali si rendono garanti della qualificazione dei professionisti e della competenza da loro acquisita e sviluppata.

3- Norme di comportamento per l'esercizio autonomo della professione infermieristica.

Documento del Comitato centrale della Federazione nazionale dei collegi IPAVSI presentato al Consiglio Nazionale il 28 settembre 1996.

Tali regole debbono ritenersi a tutt'oggi applicabili laddove integrano l'attuale Codice Deontologico e non si pongano in contrasto con il medesimo.

Titolo I – Principi Generali

Art. 1

L'infermiere svolge una professione al servizio della salute del singolo e della collettività. E' chiamato non solo ad assicurare una qualificata assistenza infermieristica, ma anche a dare risposte professionali sempre nuove per favorire, interagendo con tutto il personale sanitario, l'aumento del livello di salute nel Paese.

L'attività dell'infermiere, nella sua dimensione umana, sociale e professionale, potrà essere meglio interpretata e vissuta se costantemente ispirata ad alcune precise norme comuni.

Art. 2

Ai sensi del D.M. 739/94 la figura dell'infermiere libero professionista comprende le qualifiche di infermiere professionale, Assistente sanitario e Vigilatrice d'infanzia.

Ogni singolo professionista opererà con i limiti o le estensioni della sua qualifica professionale.

Art. 3

L'infermiere esercita la libera professione previa iscrizione all'Albo del Collegio IPAVSI della provincia dove ha la residenza anagrafica.

Art. 4

L'infermiere esercita la libera professione con coscienza, obiettività, competenza nel rispetto dell'etica professionale, libero da asservimenti materiali, morali, politici ed ideologici.

Respinge ogni influenza estranea alla propria attività. Non fa discriminazioni di religione, razza, nazionalità, ideologia politica e classe sociale.

Art. 5

La fiducia è alla base dei rapporti professionali dell'infermiere libero professionista; egli agisce con correttezza, lealtà, sincerità e rispetta l'obbligo della riservatezza.

Art. 6

L'infermiere libero professionista non rinuncia in nessun caso alla sua libertà ed indipendenza professionale.

Art. 7

L'infermiere libero professionista si impegna a mantenersi continuamente aggiornato.

Art. 8

Il comportamento dell'infermiere libero professionista è consono alla dignità ed al decoro della professione anche al di fuori dell'esercizio professionale.

Egli pertanto si astiene da qualsiasi azione che possa arrecare discredito al prestigio della professione, al Collegio cui appartiene ed agli altri colleghi.

Art. 9

L'infermiere libero professionista non deve avvalersi di cariche politiche o pubbliche in modo tale da far fondatamente ritenere che, per effetto di esse, egli possa conseguire vantaggi professionali per sé o altri.

Art. 10

Omissis.

Art. 11

L'infermiere iscritto al Collegio IPASVI effettua prestazioni infermieristiche gratuite esclusivamente in situazioni occasionali e non ripetute affinché ciò non comporti concorrenza sleale nei confronti di colleghi.

Forme di volontariato gratuito nell'esercizio dell'attività infermieristica potranno essere svolte solo previa autorizzazione del Collegio provinciale.

Art. 12

L'infermiere libero professionista in forma individuale o associata attua la pubblicità diretta o indiretta al proprio nome e alla propria attività nelle forme consentite dalla legge e dai regolamenti.

Art. 13

L'infermiere libero professionista non diffonde avvisi pubblicitari e non usa titoli accademici o professionali non attinenti all'oggetto della professione.

I titoli di infermiere professionale, Assistente sanitario e Vigilatrice d'infanzia devono essere indicati per intero.

Art. 14

L'infermiere dipendente pubblico o privato può esercitare la libera professione nel rispetto del presente regolamento se tale esercizio è permesso dal contratto collettivo di lavoro o espressamente autorizzato dal datore di lavoro.

Art 15

L'infermiere libero professionista deve denunciare al Collegio provinciale ogni tentativo di imporgli comportamenti non conformi ai principi della deon-

tologia professionale.

Titolo II – Rapporti con i clienti

Art. 16

L'infermiere libero professionista informa tempestivamente il cliente dell'accettazione o del diniego dell'incarico.

L'infermiere libero professionista si adopera, quando è possibile, affinché l'incarico sia conferito per iscritto onde precisarne limiti e contenuti.

Art. 17

Nel caso di incarichi di particolare natura o complessità l'infermiere libero professionista accetta l'incarico solo se ritiene di possedere la specifica capacità necessaria per l'assolvimento del compito assistenziale o se il cliente consente la collaborazione di colleghi con specifica capacità.

Art. 18

L'infermiere libero professionista non deve accettare l'incarico se altri impegni professionali o personali gli impediscono di svolgerlo con la diligenza e lo scrupolo richiesti in relazione all'importanza, complessità difficoltà e urgenza dell'incarico stesso.

Art. 19

L'infermiere libero professionista all'accettazione dell'incarico illustra al cliente con chiarezza gli elementi essenziali e le eventuali difficoltà connesse al relativo piano di lavoro infermieristico.

Art. 20

L'infermiere libero professionista antepone gli interessi del cliente a quelli personali.

L'applicazione di tale principio non può tuttavia, in alcun caso, incidere sulla dignità e sul decoro del professionista e limitare il diritto al suo compenso.

Art. 21

L'infermiere libero professionista garantisce la completa esecuzione dell'incarico di assistenza infermieristica affidatogli.

Art. 22

L'infermiere libero professionista, nel caso di sopravvenute modificazioni alla natura e difficoltà delle prestazioni, informa il cliente e chiede, a seconda dei casi, di essere affiancato o sostituito da altro professionista.

Art. 23

L'infermiere libero professionista può recedere dall'incarico qualora sopravvengano circostanze o vincoli che possano influenzare la sua libertà di giudizio ovvero condizionare il suo operato.

Art. 24

L'infermiere libero professionista ha la discrezionalità di interrompere l'incarico in caso che la condotta o le richieste del cliente o altri gravi motivi ne impediscano lo svolgimento con correttezza e dignità.

Art. 25

Nel caso di recesso dall'incarico l'infermiere libero professionista avverte comunque tempestivamente il cliente, soprattutto se l'incarico deve essere proseguito da altro professionista. In ogni caso il recesso deve avvenire in modo da non arrecare pregiudizio al cliente.

Art. 26

L'infermiere libero professionista mantiene la riservatezza in relazione alle notizie apprese nell'esercizio della professione che riguardano il cliente o coloro che sono a lui legati da vincoli familiari.

Art. 27

L'infermiere libero professionista si pone in condizione di risarcire gli eventuali danni causati nell'esercizio della professione anche stipulando, ove necessario, un'adeguata polizza di assicurazione.

Titolo III – Rapporti con i colleghi

Art. 28

L'infermiere libero professionista è corretto, cortese e cordiale con i colleghi ed evita comportamenti suscettibili di ingenerare concorrenza sleale.

Art. 29

L'infermiere libero professionista non esprime giudizi che possano nuocere alla reputazione dei colleghi, salvo che ciò sia necessario per l'espletamento di incarichi professionali.

Art. 30

L'infermiere libero professionista non divulga informazioni riservate ricevute, anche occasionalmente, da un collega.

Art. 31

Gli infermieri libero professionisti, con spirito di solidarietà professionale, si devono ragionevolmente reciproca assistenza.

Art. 32

L'infermiere libero professionista, chiamato a sostituire un collega nello svolgimento di un incarico professionale, osserva procedure e formalità corrette e si comporta con lealtà.

Prima di accettare l'incarico l'infermiere libero professionista:

- si accerta che il cliente abbia informato il collega della richiesta di sostituzione;
- si accerta che la sostituzione non sia richiesta dal cliente per motivi lesivi della dignità e del decoro della professione;
- invita il cliente a onorare le competenze dovute al precedente collega, salvo che il loro ammontare sia stato debitamente contestato.

Art. 33

L'infermiere libero professionista che venga sostituito da altro collega presta al subentrante piena collaborazione e si adopera affinché il subentro avvenga senza pregiudizio per il cliente.

Art. 34

In caso di sospensione o di altro temporaneo impedimento di un infermiere libero professionista il collega chiamato a sostituirlo cura la gestione dell'incarico assistenziale con particolare diligenza e si adopera a conservarne le caratteristiche personali e organizzative.

Art. 35

Se il cliente chiede all'infermiere libero professionista di prestare la propria opera per un incarico già affidato ad altro collega, dichiarando di voler essere assistito da entrambi, il nuovo interpellato deve contattare il collega per concordare le modalità di espletamento dell'incarico.

Art. 36

Gli infermieri liberi professionisti che assistono uno stesso cliente devono stabilire tra loro rapporti di cordiale collaborazione nell'ambito dei rispettivi compiti.

Essi devono tenersi reciprocamente informati sull'attività svolta e da svolgere e a tal fine si consultano per definire il piano assistenziale.

Art. 37

L'infermiere libero professionista, che constata nel comportamento del collega manifestazione di condotta professionale gravemente scorretta, dopo essersi confrontato con lo stesso, informa il Collegio provinciale.

Art. 38

Nello svolgimento del comune incarico ogni infermiere libero professionista evita, di regola, di stabilire con il cliente rapporti preferenziali, o interventi assistenziali senza preventiva intesa con i colleghi.

In ogni caso, si astiene da iniziative o comportamenti tendenti ad attirare il cliente nella propria esclusiva sfera.

Titolo IV – Altri rapporti*Art. 39*

L'infermiere libero professionista mantiene nei rapporti con i propri collaboratori indipendenza morale ed economica.

In particolare l'infermiere libero professionista non fruisce della collaborazione di terzi che esercitano abusivamente la professione e non distoglie con mezzi scorretti i collaboratori altrui.

Art. 40

L'infermiere libero professionista vigila affinché i suoi collaboratori siano a conoscenza e rispettino gli obblighi del segreto e della riservatezza professionale, che anch'essi sono tenuti ad osservare.

Art. 41

Nei rapporti con la stampa e con gli altri mezzi di informazione l'infermiere libero professionista rispetta l'obbligo di riservatezza nei confronti del cliente ed il divieto di pubblicità al proprio nome.

Art. 42

L'infermiere libero professionista, qualora nell'esercizio della professione abbia rapporti con iscritti ad altri Albi professionali, si attiene al principio del reciproco rispetto e della salvaguardia delle specifiche competenze.

Art. 43

E' vietato all'infermiere libero professionista favorire chi esercita abusivamente un'attività professionale.

Gli è altresì vietata l'intermediazione dietro corrispettivo per procacciare clienti a sé o ad altri.

Art. 44

L'infermiere libero professionista non esercita attività incompatibili con la dignità professionale.

Artt. 45 e seguenti

Omissis

regolamento impugnato consente espressamente di pubblicizzare le branche (o specializzazioni) i settori di attività e le singole prestazioni.

E ciò sia per gli studi che per i presidi (vedi pag. 2 n. 16 - e pag. 6 delle linee guida nonché quanto specificato sub nota n. 1).

E' altresì consentito indicare gli onorari ed i costi delle prestazioni (vedi pag. 3 - n. 20 - linee guida e nota n. 3).

Si è tenuto conto della liberalizzazione della tipologia dei veicoli pubblicitari (vedi pagg. 4 e 5 delle linee guida e nota n. 4).

Pertanto la delibera dell'Ordine n. 42/2011 ed il relativo regolamento non si pongono in contrasto con l'art. 2 della L. n. 248/2006 ma né costituiscono applicazione in sede deontologica.

Le regole sopra richiamate assicurano quella maggiore concorrenzialità nell'ambito della attività libero-professionale sanitaria che la legge sopravvenuta si è prefissa di realizzare offrendo all'utente una più ampia possibilità di scelta tra le diverse offerte. Tali regole quindi sono conformi ai principi espressi dalla Corte Costituzionale con sentenza n. 433/2007.

Consequentemente, non è verosimile né fondato chiedere la dichiarazione di nullità dell'intero regolamento adottato dall'Ordine.

Non risponde, comunque, a verità quanto affermato dalle ricorrenti a pag. 10 del ricorso e di seguito riportato: "Sono ammesse solo le dizioni relative a branche o discipline ufficiali della medicina e odontoiatria. Ciò comporta in campo odontoiatrico, ove esiste una sola scuola di specializzazione attivata in ortodonzia, l'impossibilità di indicare altre tipologie di branche afferenti a tale settore (come implantologia, conservativa, protesica)".

Invero le linee guida non affermano quanto sopra riportato e a proposito delle dizioni in genere di cui è possibile far uso, il regolamento (vedi pag. 6) fa riferimento non solo alle branche o discipline ufficiali della medicina e della odontoiatria ma anche al tariffario delle prestazioni libero professionali (D.P.R. 17/2/1992) ed ai nomenclatori regionali.

E' evidente che le Società ricorrenti non solo non tengono conto di quanto espressamente affermato circa la possibilità di pubblicizzare anche i settori di attività e le singole prestazioni ma confonde le branche con i settori di attività e con le singole prestazioni. L'implantologia è un settore dell'attività odontoiatrica ed è del tutto pubblicizzabile; così la conservativa e la protesica.

Parimenti infondato è quanto asserito dalle ricorrenti (a pag. 9 del ricorso) circa l'impossibilità di fare uso del marchio "Vitaldent" a causa delle linee guida in questione.

Infatti, esse non prevedono alcun divieto in tal senso; non solo ma conferiscono valenza al criterio della avvenuta registrazione così come per la ragione o denominazione sociale (vedi pag. 6 linee guida).

Inoltre è da tenere presente che l'Ordine professionale non può inibire a terzi l'uso di marchi registrati a mezzo delle proprie determinazioni valevoli in sede deontologica e vincolanti solo per i propri iscritti sia che abbiano natura giuridica oppure extragiuridica.

E' da considerare nel contempo che per quanto riguarda gli studi singoli o associati, l'autodichiarazione, lungi dal costituire una sorta di procedura autorizzatoria preventiva, rappresenta un mezzo per assicurare un controllo ex post della correttezza, della trasparenza e della veridicità del messaggio pubblicitario. Infatti, tale messaggio può essere diffuso senza nessuna previa autorizzazione; tuttavia, se a seguito della verifica ex post effettuata dall'Ordine professionale dovessero risultare violate le regole deontologiche, il sanitario viene invitato ad apportare le necessarie modifiche.

Risulta, pertanto, evidente che le regole di deontologia professionale adottate con la delibera n. 42/2011 non contrastano con il disposto normativo di cui all'art. 2 l.n. 248/2006, ma ne costituiscono applicazione in sede deontologica.

Regole deontologiche alla cui stregua esercitare quel potere di verifica e di controllo che lo stesso decreto Bersani demanda agli Ordini professionali. Controllo e verifica che possono essere espletati solo dopo aver stabilito specifici criteri operativi anch'essi di natura deontologica.

Del resto, anche in tale materia sussiste il potere regolamentare dell'Ordine professionale; potere che trova fondamento nel disposto di cui agli artt. 3 del DLCPS 13. 9.1946, n. 233 e 38 D.P.R. 5.4.1950, n. 221.

E' da considerare, infatti, che il comportamento degli iscritti può assumere rilevanza disciplinare anche in relazione ai contenuti ed alle caratteristiche estetiche del messaggio pubblicitario in applicazione dei principi generali stabiliti dagli artt. 38, 39 e 40 D.P.R. n. 221/1950.

In definitiva, anche qualora le regole deontologiche abbiano natura giuridica (in tal senso, Cassazione Sezioni Unite Civili, sentenza n. 26810 del 20.12.2007) le linee guida si appalesano legittime poiché non v'è alcuna antinomia con il pre-

cetto legislativo di cui all'art. 2 l. n. 248/2006.

Esse integrano il medesimo ed il principio della gerarchia delle fonti normative viene rispettato.

Nella materia de qua, il potere regolamentare resta in capo all'Ordine professionale anche al fine di espletare la predetta attività di verifica e di controllo e può essere esercitato anche successivamente alla norma sopravvenuta.

Le linee guida e la relativa delibera ordinistica costituiscono espressione e manifestazione di tale potere regolamentare ed esplicano effetti in sede deontologica e con effetto vincolante per i soli iscritti anche a tutela della buona fede e della salute dei cittadini.

La stessa decisione n. 5151 del 9.6.2011, adottata dal TAR Lazio e richiamata dalle Società ricorrenti per sostenere la propria tesi afferma che la valorizzazione della sede pattizia e deontologica operata dal comma tre dell'art.2 l. n. 248/2006 ha valenza interna ovvero deontologica e con effetto vincolante per gli iscritti.

Pertanto, il diritto di informare, senza divieti, non esclude possano essere stabilite specifiche modalità di esercizio del diritto stesso.

Non v'è identità tra divieto e modalità di esercizio.

Al riguardo, è da evidenziare che la Cassazione Sezioni Unite Civili, con sentenza n. 23287 del 26 ottobre 2010, ha espressamente affermato che "diversa questione dal diritto a poter fare pubblicità informativa della propria attività professionale è quella che le modalità ed il contenuto di tale pubblicità non possano ledere la dignità e il decoro professionale poiché i fatti lesivi di tali valori integrano illecito disciplinare".

Per tutte le ragioni evidenziate in precedenza, i primi due motivi addotti a sostegno del ricorso straordinario de quo si appalesano, quindi, del tutto infondati.

Per quanto attiene il terzo motivo del ricorso è da considerare che per i presidi sanitari la necessità dell'autorizzazione amministrativa ex art. 5 l. n. 175/1992 viene sostenuta non solo dal Ministero Della Salute (nota 30 aprile 2008 DGRUPS/VI 0018082 P. allegato n. 1) ma anche dalla Regione Lazio - nota del 7 dicembre 2007 prot 132080/4J/01. Allegato 2)

Ciò premesso, è agevole confutare quanto addotto dalle Società ricorrenti affermando che deve prevalere la lettera della norma in questione. Essa si riferisce esclusivamente agli esercenti attività libero-professionali e intellettuali. Tra l'altro, si parla di titoli e di specializzazioni.

Pertanto, proprio applicando l'art. 12 delle preleggi non può estendersi l'am-

bito di applicazione della norma.

La liberalizzazione non può estendersi alle società di servizi, società di capitali, operanti in campo sanitario: in virtù del disposto di cui all'art 2238 cod. civ.: "Se l'esercizio della professione costituisce elemento di una attività organizzata in forma di impresa, si applicano anche le disposizioni del Titolo II".

La ratio dell'art. 2238 è unicamente quella di conciliare le disposizioni del Capo II (Delle Professioni Intellettuali) del Titolo III (Del Lavoro Autonomo) con le disposizioni del Titolo II (Del Lavoro nell'impresa).

In sostanza, qualora un professionista (nel caso di specie, il sanitario) sia imprenditore o lavoratore dipendente, parasubordinato o solo occasionalmente inserito in una organizzazione d'impresa, è necessario tenere distinte le due posizioni soggettive e le relative attività. Per quanto attiene la veste di imprenditore, di lavoratore dipendente, parasubordinato od occasionale, troveranno applicazione le norme che disciplinano l'impresa ed i rapporti di lavoro nell'impresa (art. 2082 e segg. cod.civ.).

Per gli atti di prestazione professionale, dovranno invece, essere applicati gli artt. 2229-2237 cod.civ. e limitatamente a tali atti, il sanitario dovrà rispondere al proprio ordinamento professionale.

In ogni caso, il procedimento di autorizzazione amministrativa alla pubblicità sanitaria, previsto per i soli presidi sanitari, non determina una violazione dell'art. 3 della Costituzione.

Infatti, i soggetti sono diversi: i singoli sanitari da un lato ed i presidi sanitari gestiti dalle Società di capitali dall'altro.

Non solo una diversa è l'intera fattispecie atteso che nel caso dei presidi sanitari (ambulatori, case di cura private, ecc.) prevale l'elemento dell'organizzazione sull'attività professionale.

Né l'autorizzazione amministrativa in questione può costituire impedimento al libero stabilimento delle Società di capitali tutelato dall'art. 50 del trattato U.E. La pubblicità informativa non è vietata ma dev'essere soltanto preceduta dal procedimento ex art. 5 l.n. 175/1992. Procedimento che cointeressa la Pubblica Amministrazione che rilascia l'autorizzazione amministrativa all'esercizio (Regione, Asl) e l'Ordine professionale.

Del resto, l'autorizzazione de qua è posta a tutela del cittadino-paziente e garantisce, tra l'altro, che le prestazioni indicate rispondano a quelle che possono essere legittimamente esercitate.

In definitiva, quindi, l'autorizzazione è posta a tutela dell'interesse pubblico.

Infine, per quanto riguarda la sentenza n. 10/2010 del TAR Emilia Romagna adottata dalle Società ricorrenti per sostenere la propria tesi, è da precisare che il TAR ritiene illegittimi in relazione alla attività svolta in forma societaria il divieto di pubblicizzare ed il potere inibitorio dell'Ordine.

Nel caso di specie, non viene opposto alle Società di servizi alcun divieto né viene inibita la pubblicità –informazione. E' soltanto ritenuta necessaria la previa procedura amministrativa che peraltro conduce alla autorizzazione di tutte le condizioni richieste purché sottendano prestazioni autorizzate all'esercizio.

Finito di stampare in proprio
nel mese di luglio 2012
UniversItalia di Onorati s.r.l.
Via di Passolombardo 421, 00133 Roma Tel: 06/2026342
email: editoria@universitaliasrl.it – www.unipass.it
