

UNIVERSITA' TELEMATICA

PEGASO

MASTER 24

“Medicina legale e funzioni peritali in ambito
giudiziale”.

**“IL CONSULENTE TECNICO E LA
PERIZIA INFERMIERISTICA”**

RELATORE:

Avv.to Dott. Labonia

CANDIDATO:

Andrea Delle piane

INDICE

1.CENNI STORICI	pag. 3
2.DEFINIZIONI	pag. 19
3.LA NORMATIVA VIGENTE IN MATERIA	pag. 20
4.PROFESSIONE INFERMIERE: DOPO L'ABOLIZIONE DEL MANSIONARIO. RESPONSABILITA' PROFESSIONALE	pag. 22
5.L'ATTO MEDICO	pag. 26
6.NECESSITA' DI UN PERITO AD HOC PER UNA PROFESSIONE CHE CRESCE	pag. 27
7.BIBLIOGRAFIA	pag. 29

1. CENNI STORICI

L'assistenza, intesa come l'arte del "prendersi cura", del farsi carico delle persone malate e sofferenti ha fatto parte della cultura e della saggezza dei popoli fin dai tempi più antichi. La storia dell'assistenza, necessariamente, è quindi "storia di lungo, di lunghissimo periodo. L'evoluzione del sapere medico e tecnico, da soli, non bastano a giustificare la profonda trasformazione del mondo sanitario in senso moderno. Altri fattori entrarono in gioco: i mutamenti economici, urbanistici, lavorativi che determinarono una rapida modificazione del tessuto sociale e della struttura familiare; condizioni di vita che andavano lentamente migliorando; nuovi assetti legislativi che definirono in modo più dettagliato e moderno le funzioni degli istituti sanitari; infine una diversa mentalità, un diverso vissuto della popolazione nei confronti della medicina e degli ospedali.

E' presumibile che fin dall'antichità più remota "l'uomo medicina" fosse affiancato nell'attività pratica da persone, appartenenti al clan familiare e alla tribù, che operavano per vocazione spontanea, come stanno a dimostrare le consuetudini assistenziali delle popolazioni primitive a noi coeve.

La più antica testimonianza di un'attività infermieristica, Tuttavia ce la offre il "Veda delle formule sacre" o "Libro della Lunga Vita" (Yajur-Veda), che, nel raccogliere il pensiero religioso ispirato per tradizione da Brahma (Un'organizzazione ospedaliera strutturata, che contemplava anche la figura dell'infermiere), (274-232 a.C.), configura la presenza, accanto ai medici-sacerdoti, di personale adibito all'assistenza di base dei malati.

Per quanto riguarda, invece, il mondo occidentale solo con lo sviluppo

delle strutture ospedaliere apprestate dalle Legioni romane in epoca imperiale (i "Valetudinari"), si ha l'introduzione certa e stabile di personale subalterno, esente dal servizio attivo e addetto specificatamente a coadiuvare i medici militari nella cura dei soldati feriti e malati (i c.d."capsari", perché dotati di una sacca contenente materiale di medicazione e medicinali). Fu, comunque, l'attività caritativa cristiana a favorire lo sviluppo dell'assistenza infermieristica, in quanto espressione d'amore per i "fratelli in Cristo" bisognosi, fu inizialmente prestata da singoli cittadini, pie donne (Fra le prime infermiere è da annoverare Fabiola (+399), che istituì una "casa per infermi" in Trastevere nel 380)

Con l'intensificarsi di commerci, guerre e pellegrinaggi verso i centri di culto (principalmente Roma e Gerusalemme) si determinò, successivamente, il moltiplicarsi di Congregazioni religiose e Confraternite laiche, maschili e femminili, che, legalizzate da Bolle papali, s'impegnavano, emettendo solo voti "semplici" (sia temporanei che perpetui), a praticare, senza scopo di lucro, opera di soccorso ai viandanti. Caratteristica di queste associazioni fu la costruzione, lungo le principali vie di comunicazione e sui valichi montani, di "hospitalitas hospitium" (dove derivò il termine di "ospedale") presso i quali gli affiliati svolgevano, volontariamente, regolare servizio, mentre l'intervento del medico e del chirurgo avveniva saltuariamente e a pagamento. In queste strutture principio fondamentale era il concetto (ribadito ancora nel IV Concilio Lateranense del 1216) che ci si doveva occupare anzitutto della salute spirituale del paziente, in quanto peccatore e perciò sottoposto "a prova" dal Signore, poi del suo ristoro e cura.

Solo a partire dal 1163, quando il Concilio di Tours ribadì che per il

credente era obbligo morale prestare assistenza agli infermi, cominciarono a costituirsi veri e propri Ordini Ospedalieri, militari e religiosi, in genere a funzione polivalente.

Taluni, però, si specializzarono già all'inizio dell'XI secolo, come i Cavalieri di San Lazzaro di Santa, che si dedicarono alla cura dei lebbrosi in Ospedali "fuori mura" (i "Lazzaretti") costruiti in Palestina furono uniti alla Sacra Milizia di San Maurizio, libera unione di romiti vedovi (1434). L'Ordine dei Santi Maurizio e Lazzaro, rinnovato da Vittorio Emanuele I nel 1816, divenne, col Regno d'Italia, istituzione ospedaliera e assistenziale, confermata dalla Repubblica nel 1951.

Particolare importanza acquisì, poi, l'Ordine di Santo Spirito che, fondato intorno al 1170 da Guy de Montpellier col compito di prestare aiuto all'infanzia abbandonata (brefotrofi e orfanotrofi) e riconosciuto da Innocenzo III con Bolla (1198), si diffuse rapidamente in Francia e Germania, finché, divenuto Ospedaliero nel 1202, assunse per volontà del Papa la responsabilità dell'O. di S. Maria in Roma (poi O. di S.Spirito in Sassia), che allora contava 300 letti. L'Ordine, che fu il primo a professare il quarto voto (ossia quello della "perpetua e completa ospitalità" al prossimo sofferente), differenziò ben presto i servizi, organizzando un reparto infettivi e uno per incurabili, un reparto maternità, uno per esposti e orfani, un gerontocomio, un istituto di redenzione per traviate, un reparto per pazienti solventi (unico esempio nell'antichità), un servizio ambulatoriale in grado di praticare 1000 prestazioni al giorno e una farmacia aperta al pubblico.

I monaci, poiché i medici venivano chiamati solo in caso di estrema

necessità, badavano all'assistenza sanitaria corrente e alla preparazione dei farmaci, tenevano l'amministrazione e la disciplina (anche con punizioni corporali "pedestri").

Altrettanto diffusa fu la Confraternita dei Cavalieri Teutonici di Santa Maria in Gerusalemme e la Confraternita dei Cavalieri di San Giacomo in Altopascio, che si prodigarono negli Ospedali e Ospizi costruiti nei punti più disagiati della cosiddetta "via Francigena".

Congregazione ospitaliera non militare fu quella degli Antoniani, che, si trasformò in religiosa (1197). Altrettanto dicasi dell'Ordine dei Trinitari, o della Santissima Trinità (1194). Approvato nel 1198, organizzò un vero e proprio servizio di cappellani e infermieri che, deputati inizialmente all'assistenza spirituale e fisica dei feriti durante le Crociate in Terrasanta, si diffusero in seguito per tutta Europa.

Fra XIV e XV secolo l'impegno caritativo dei singoli cominciò a declinare e gli Ospedali mutarono sostanzialmente, trasformandosi da privati, com'erano stati fino ad allora, in pubblici, col coinvolgimento delle autorità civili nella gestione delle attività nosocomiali, mentre assistenziale restò affidata ai religiosi. L'ospedalità assunse allora carattere di servizio sociale e nei contratti dei medici e dei chirurghi "condotti" furono previste clausole che imponevano loro di effettuare regolari visite di controllo ai malati spediti. Il personale strutturato fisso comprendeva: il Guardiano (o "preposito"), in genere un religioso cui competeva il controllo delle entrate e delle uscite e l'amministrazione; l'Infermiere (o "ministro degli infermi") che, oltre ad assumere i compiti degli oblati, doveva coadiuvare l'operato dei sanitari e seguirne le

prescrizioni; il Barbiere- Chirurgo con funzioni di “chirurgia minore”; lo Speciale; il Cappellano; le Serventi addette alle pulizie.

Nel contempo le diverse Corporazioni d'Arti e Mestieri dettero vita ad associazioni (le "Consorterie") a carattere non confessionale con finalità di mutuo soccorso nei confronti degli iscritti caduti in povertà.

Si svilupparono fra il XV e il XVII secolo Compagnie e Confraternite del "Divino Amore", composte di laici e religiosi che non profferivano voti, ma vivevano nel secolo ed erano sodali nell'opera caritativa. Antesignana risulta essere quella costituita a Genova il 26 dicembre 1497 da Ettore Vernazza e tre compagni (ispirati da Santa Caterina Fieschi-Adorno) per assistere i luetici. Identica finalità espresse l'Ordine dei Teatini, chierici regolari costituiti a Roma nel 1524; mentre l'omonima Congregazione femminile fu formata, nel nome della Santissima Concezione di Maria Vergine Immacolata, nel 1583. A quest'Ordine si deve la fondazione degli "Ospedali per Incurabili" in Italia (Venezia, Napoli, Roma, e così via), Europa e Oriente.

L'Ordine Ospedaliero della Carità trova invece le sue origini nell'opera del portoghese Juan Ciudad (San Giovanni di Dio, 1495-1550), che nel 1537 fondò a Granada un Ospedale per accogliere gli infermi abbandonati nelle pubbliche vie. Alla sua scomparsa, la Congregazione, caratterizzata dal motto con cui veniva praticata l'elemosina: " Fate-Bene-Fratelli a voi stessi in nome di Dio", si diffuse per ogni dove. Anche Filippo Neri (1515-1595) nel 1548 istituì a Roma la Confraternita della Santissima Trinità, rappresentata da laici e sacerdoti secolari dediti, in particolare, ai convalescenti poveri destinati, una volta dimessi, a morire sul lastrico, poiché la società del tempo non offriva loro assistenza alcuna:

nacquero così i primi Convalescenziari. Riformati nel 1575, ebbero riconoscimento legale nello stesso anno con Bolla di Gregorio XIII e furono definitivamente approvati nel 1612 da Paolo V.

Nell'agosto del 1582 anche Camillo de Lellis (1550-1614) ebbe l'ispirazione di dare vita ad una Compagnia di chierici regolari (Ministri degli Infermi) per rimediare alla carenza di personale infermieristico nell'O.di San Giacomo degli Incurabili di Roma, del quale, come "maestro di casa", era responsabile amministrativo.

In un mondo strutturato prettamente al maschile fu merito particolare del francese Vincent de Paul la fondazione (1617) della prima Compagnia femminile, quella delle Figlie della Carità. Esse si dedicarono inizialmente all'assistenza a domicilio, ma già nel 1634 fu affidata loro la cura dei degenti negli Ospedali (a cominciare dall'Hotel Dieu di Parigi), nei Lazzaretti e nei Convalescenziari militari. Proscritte nel 1792, esse continuarono tuttavia la loro opera in abito civile e a titolo privato fino al 30 settembre 1807, quando Napoleone I ricostituì le Congregazioni Ospedaliere Femminili ponendole sotto la tutela della madre Letizia.

Nel corso del secolo XVIII, per l'influenza del pensiero illuminista e lo sviluppo delle prime attività industriali, si affermò il diritto dell'individuo all'assistenza non più in base al concetto di pietas cristiana, ma come dovere dello Stato nei confronti del cittadino, tenuto conto dell'interesse economico rappresentato dal rapporto fra salute del singolo e comunità. Nel contempo si diffuse l'auspicio che anche la tutela ospedaliera degli infermi (più che quella domiciliare) fosse assunta direttamente dall'autorità civica, alla quale anche

l'azione caritativa della Chiesa doveva essere subordinata. La creazione di una vera e propria organizzazione sanitaria statale fu tuttavia esplicitamente propugnata solo con la Carta francese del 3 settembre 1791, ribadita nella Dichiarazione dei diritti dell'uomo del 29 marzo 1793. Disciolte, quindi, tutte le Congregazioni religiose (a seguito dell'Editto del 6 aprile 1792), con i Decreti 1 ottobre 1793, 11 maggio e 11 luglio 1794 fu ordinata la vendita a favore dello Stato dei beni delle Opere Pie: norme con le quali s'intese di fatto conseguire la completa laicizzazione dei servizi assistenziali, istituire il soccorso ospedaliero e domiciliare per tutti gli infermi indigenti e aprire ospizi per i convalescenti privi di domicilio.

Principi innovatori che, a seguito del Regolamento di polizia medica, di sanità continentale e marittima nel Regno d'Italia promulgato da Napoleone I il 5 sett. 1806 e successivamente esteso a tutta l'Europa bonapartista (e mantenuto dopo la Restaurazione) , dettero vita a quella radicale riforma dell'assistenza pubblica che, nel definire, fra l'altro, la pianta organica ospedaliera in senso verticistico, non solo attribuì una chiara identità professionale al personale infermieristico, ma evidenziò l'assoluta necessità di associare alla vocazione la qualità della formazione, tenuto conto delle rinnovate esigenze sociali e tecnico-scientifiche. Da qui l'attivazione di adeguate Scuole teorico-pratiche, prima fra tutte quella aperta nel 1836 dal pastore Theodor Fliedner (1800-64) a Kaiserswerth presso Duesseldorf per formare le Diaconesse infermiere (o "Sorelle della Carità Protestanti"), alla quale si ispirarono sia Elisabeth Fry che Florence Nightingale nel promuovere l'"autentica" professionalità della Categoria.

Nella prima metà del XIX secolo la società italiana mantenne nel complesso

una fisionomia tradizionale. L'Italia era ancora un Paese sostanzialmente povero e fondamentalmente arretrato. Nel secolo precedente, il 1700, vi era stato un miglioramento delle condizioni di vita, segnalato dal calo della mortalità e dall'innalzamento della speranza di vita alla nascita; ma questo miglioramento non fu né omogeneo né rapido. In realtà molti vivevano in condizioni di povertà e di sottoalimentazione, la massiccia urbanizzazione che seguì il processo di industrializzazione del Paese e che contribuì a formare, nelle città, uno strato di popolazione emarginato e indigente. L'analfabetismo era largamente diffuso; le condizioni igienico-abitative erano spesso precarie e in molte realtà mancavano un adeguato sistema fognario e un acquedotto sicuro. Per molte famiglie il fabbisogno alimentare rimaneva un problema quotidiano, aggravato dalla piaga della disoccupazione e dalla tenuità dei salari. La mortalità rimaneva comunque elevata soprattutto nei primi anni di vita e non erano ancora state debellate le principali patologie come la malaria, la pellagra e la tubercolosi.

In questo periodo l'ospedale conservava ancora la fisionomia del vecchio nosocomio settecentesco una funzione di ricovero, di cronico più che di luogo di cura vera e propria.

Le autorità municipali inoltre tendevano a considerare l'ospedale come luogo di controllo e di contenimento per le classi "pericolose" della città: poveri, alcolisti, ragazze esposte, malati mentali...

Da un punto di vista architettonico gli ospedali in genere erano spesso inadatti come spazi, percorsi, arredi alla cura degli infermi e al rispetto di criteri igienici e di salubrità ambientale.

Il quadro nosologico prevalente era caratterizzato da patologie di origine

infettiva o carenziale come la pellagra, la malaria, le malattie dermatologiche e gastroenteriche e le patologie dell'apparato respiratorio tra cui spiccava la tubercolosi.

I successi della medicina erano scarsi e molte guarigioni avvenivano più per il naturale decorso della malattia che per merito dei rimedi adottati, i quali erano spesso più nocivi che utili. Nonostante le numerose scoperte scientifiche (si pensi agli studi di anatomia microscopica, alla scoperta del vaccino antivaaioloso del 1776, agli studi sulla cellula e sulla patologia cellulare...) la pratica medica rimase legata a rimedi tradizionali ed empirici. Le terapie comunemente usate si basavano su pochi medicinali classici: la china, il chinino, la digitale, l'oppio, i digestivi erano tra le sostanze più comuni; un buon vino era considerato ottimo rimedio per molti mali; i purganti drastici e i "vomitivi" erano usati d'abitudine; il sanguisugio e ancora di più il salasso erano oggetto di vero e proprio abuso.

La chirurgia era ancora pericolosa. Le pratiche più tradizionali erano le amputazioni, la riduzione di fratture, la puntura di globi vescicali: A volte venivano effettuati interventi più complessi come erniotomie o parti cesarei. I tentativi di interventi addominali e toracici erano quasi sempre letali a causa della setticemia e la gangrena spesso accompagnavano il decorso post-operatorio e la mortalità era elevata.

Nelle campagne la popolazione preferiva ricorrere alla tradizionale rete di solidarietà (soprattutto femminile) che offriva pareri, medicinali e rimedi elaborati nel corso dei secoli e ancora legati a pratiche superstiziose oppure all'opera di guaritori, acconciaossa, barbieri, che formavano una variegata schiera di personaggi spesso in competizione col medico e con la medicina ufficiali.

Nelle città ricorreva all'ospedale la vasta area del sottoproletariato urbano toccato dal bisogno e dalla malattia, che non aveva alternative di nessun genere. Le classi più abbienti preferivano le cure a domicilio da parte del proprio medico di famiglia, che erano ritenute più sicure.

All'interno degli ospedali l'assistenza infermieristica era affidata a tradizionali figure di serventi o di "infermiere" (sovente questi due termini erano usati come sinonimi). In molti casi si trattava di donne di umile estrazione sociale, che spesso provenivano dalle campagne e che in città non avevano trovato altra prospettiva che "affidarsi" ad un ospedale e lì prestare la loro opera a volte in cambio del puro sostentamento. Descritte come rozze, sporche, analfabete, dedite all'ubriachezza e alla licenziosità, in molti casi esse non avevano neppure alloggi propri ma dormivano vicino alle corsie e ivi prendevano i pasti. Nessun ospedale aveva posto l'obbligo per le infermiere di possedere la licenza elementare; spesso ci si accontentava che la donna sapesse appena leggere e scrivere e in molti casi non era richiesto neppure quello. Le attività svolte da queste infermiere erano di tipo domestico e di basso livello professionale: l'igiene del malato, la somministrazione del vitto, la pulizia degli ambienti, l'applicazione di sanguisughe, l'esecuzione di clisteri, la medicazione di piaghe...

Anche gli infermieri uomini erano numerosi all'interno degli ospedali (soprattutto manicomiali) dove espletavano funzioni per le quali era necessaria, piuttosto che una specifica preparazione professionale, la mera forza fisica. Spesso essi appartenevano al ceto dei contadini giornalieri e consideravano il lavoro in ospedale come occupazione provvisoria, spesso intercambiabile con quella dei campi nei periodi invernali o di bassa attività agricola.

Contemporaneamente a quello ospedaliero sovente gli infermieri esercitavano anche il mestiere del calzolaio o del facchino; in altri casi la scelta di questo lavoro era stata dettata dalla disoccupazione ed avveniva che spesso essi abbandonassero l'ospedale non appena si offrisse loro un posto migliore o meglio retribuito.

Oltre al personale laico l'assistenza agli infermi era affidata anche a tradizionali figure di religiose principalmente con compiti di controllo, di sorveglianza e di gestione economica del reparto cui erano assegnate. Come ha ben sottolineato E. Manzoni la donna consacrata era presente all'interno degli ospedali più con il ruolo di "capo-sala" che con quello di infermiera e l'assistenza diretta al malato rimaneva spesso nelle mani delle laiche.

Quasi sempre le infermiere entravano in ospedale senza alcun tipo di preparazione specifica ed erano "promosse" alla cura dei malati dopo un breve tirocinio (in media di circa tre mesi) al servizio di lavanderia. In alcune realtà più evolute erano per la verità stati istituiti dei corsi di preparazione che gli infermieri avrebbero dovuto frequentare per poter svolgere il servizio di assistenza ai malati. L'obbligo di istituire i corsi, così come l'organizzazione degli stessi non erano soggetti a nessuna direttiva centrale, cioè da parte dello Stato, ed erano lasciate completamente alla discrezionalità delle singole amministrazioni ospedaliere. Durata del corso, materie di insegnamento, programmi, scelta dei docenti, requisiti minimi per poter frequentare erano i più vari e mancava un indirizzo comune che garantisse un livello minimo di preparazione. L'insegnamento era basato per lo più su nozioni teorico-cliniche non comprensibili, né interessanti, per infermieri che spesso non sapevano nemmeno leggere e scrivere. Non erano

previste forme di tirocinio pratico o di addestramento degli allievi e gli insegnanti erano esclusivamente medici.

Nella seconda metà del XIX secolo la società italiana conobbe profonde trasformazioni culturali e sociali che incisero profondamente e in modo duraturo su tutte le principali istituzioni dello Stato. Cominciò ad acquistare sempre maggiore risonanza una più moderna ideologia scienziata e positivista che, non volendo rimanere confinata sul terreno della teorizzazione, si proponeva invece di agire all'interno della società in modo concreto, facendo della scienza e della ragione gli strumenti con i quali costruire una società più moderna e più razionale.

E' questo il breve ma forte momento della cosiddetta "utopia igienista", che vide il suo apice nel ventennio 1870-1890. Soprattutto nelle grandi città i concetti di salute pubblica e di risanamento igienico si concretizzarono in numerose e importanti opere di sventramento e riassetto urbanistico, con interventi su edifici, strade, sistemi fognari, acquedotti, fabbriche e, ovviamente, sui luoghi di ricovero e cura, in primis gli ospedali. Anche i nosocomi quindi vennero "ripensati" e ristrutturati alla luce dei concetti di modernizzazione e razionalità e di seguito vedremo come questo abbia avuto oggettive ricadute sulla struttura e sulla funzione ospedaliera (e di conseguenza sui modi e sui ritmi dell'attività assistenziale). I protagonisti di questa ventata di rinnovamento furono un gruppo di medici i quali, alla guida della Sanità Pubblica cercarono di portare l'attenzione del Governo sui molti problemi della società italiana, affrontandoli anche da un punto di vista legislativo. Tra questi ricordiamo Agostino Bertani, Mario Panizza e Luigi Pagliani, affiancati da numerosi altri medici e ingegneri tra cui il dott. Angelo Celli la cui moglie, Anna F. Celli così grande importanza ebbe nella storia

infermieristica italiana.

Questa dunque la cornice. Accanto a questo mutamento degli scenari culturali, sociali e legislativi entrò indubbiamente in gioco un altro importante fattore che rappresentò una sorta di catalizzatore al cambiamento : l'incessante e rapido sviluppo delle scoperte in campo scientifico e medico che portarono, nel breve spazio di pochi decenni, ad un vero e proprio take-off della medicina.

Importanti scoperte. Comparve lo stetoscopio, i primi presidi endoscopici come il laringoscopio, il colposcopio, l'otoscopio e l'oftalmoscopio che permisero al medico di indagare la malattia all'interno stesso del corpo del malato, l'invenzione dello sfigmomanometro "creò" una nuova malattia: l'ipertensione.

Pensiamo anche alle conquiste dell'anestesia e dell'antisepsi e al controllo dell'emostasi con l'invenzione della pinza di Pean che permisero il decollo della grande chirurgia. In generale cambiarono gli scenari ospedalieri: la suddivisione dei reparti e dei pazienti cominciò a seguire il criterio della specialità d'organo e/o di apparato; nacquero moderni laboratori di batteriologia, di chimica e di microscopia; la messa a punto dell'uso diagnostico dei raggi X permise la nascita di una nuova disciplina: la radiologia.

Queste importanti innovazioni cambiarono in modo radicale le possibilità di successo della medicina e, in generale, il ruolo dei medici e della funzione ospedaliera all'interno della società. L'ospedale-cronicario tradizionale, la cui funzione era fondamentalmente caritativo-alberghiera, lasciava il posto ad una struttura sanitaria sostanzialmente diversa. Il nuovo modello perseguiva finalità terapeutiche attive e scientificamente sostenute e, penalizzando lo spreco e l'inefficienza, si inseriva in un'ottica di produttività.

Anche la sfera di utenza subì un cambiamento sostanziale sia da un punto di vista quantitativo, sia da uno qualitativo. Il ricorso alle cure ospedaliere, oggettivamente più sicure, crebbe progressivamente e cominciarono quindi ad essere ammessi negli ospedali non solo i malati poveri ma anche una più agiata clientela a pagamento, assistita in reparti appositamente istituiti e che rappresentava per le amministrazioni ospedaliere una considerevole e sicura quota di nuovi finanziamenti. Per la categoria medica ciò rappresentava tra l'altro un importante aumento del prestigio sociale.

La nuova dimensione raggiunta dalla medicina e l'accresciuta domanda sanitaria dovevano necessariamente ripercuotersi anche sulla professione infermieristica, divenuta un elemento indispensabile della funzionalità ospedaliera; in un tempo relativamente breve storicamente parlando, gli infermieri videro modificarsi in modo sostanziale le proprie competenze e la propria funzione.

I tradizionali ritmi e le più semplici mansioni che avevano caratterizzato il lavoro infermieristico per il passato vennero stravolti. Da un'utenza prevalentemente cronica si era passati ad un'utenza vasta ed eterogenea che richiedeva cure specialistiche e di alto livello professionale; i tempi medi di assistenza necessari per ciascun paziente risultavano molto accresciuti a causa della complessità di gestione di molti pazienti chirurgici e della gravità delle patologie, che ora venivano curate con successo grazie a nuove manovre invasive impensabili fino a poco tempo prima, che richiedevano conoscenze e competenze del tutto nuove e che modificarono in modo enorme la quantità e la qualità delle mansioni infermieristiche.

L'uso di apparecchiature sofisticate e di una strumentazione diagnostica ogni giorno più complessa e specialistica comportava inoltre un aumento dei tempi necessari alla manutenzione ed una gestione del tutto nuova delle attrezzature.

La gestione del lavoro all'interno di ogni singolo reparto era diventata complessa: cominciò a necessitare di competenze organizzative del tutto nuove. Alle infermiere vennero inoltre affidate mansioni di tipo burocratico legate all'utilizzo di una modulistica sanitaria sempre più complessa, che richiedevano un grado di cultura adeguato.

E' di Anna F. Celli, moglie di quel dott. Angelo Celli che tanta parte ebbe nella sanità pubblica italiana del periodo, una delle prime proposte concrete per la nascita di una figura di infermiera "nuova". In alcuni suoi articoli ormai famosi la Celli individua, come causa principale del basso livello dell'assistenza erogata, il cattivo reclutamento degli infermieri, quasi sempre ancora appartenenti agli strati più umili della società. Uno dei principali obiettivi dell'autrice è l'elevazione morale e culturale delle infermiere, raggiungibile solo attraverso una radicale trasformazione del sistema formativo. Questa trasformazione doveva essere attuata con l'istituzione di scuole professionali di livello superiore, in grado di fornire alle allieve un'adeguata preparazione specifica ed un ambiente formativo che favorisse il miglioramento anche morale delle infermiere.

I temi della salute pubblica e i problemi legati agli infermieri e alla loro preparazione erano da anni argomento di dibattito da parte di molti esponenti del mondo sanitario e politico (L'assistenza infermieristica era stata riconosciuta funzione di stato con la legge 8 luglio 1904). Tuttavia fu solo al termine del primo conflitto mondiale che lo Stato intraprese, su tutto il territorio italiano, una vera e

propria indagine conoscitiva allo scopo di aggiornare ed approfondire le informazioni sulle reali condizioni nelle quali veniva erogata l'assistenza.

Alla "Commissione per lo studio della riforma infermieristica", nominata con D.M. 8 Aprile 1918 ed era presieduta dall'On. Pietro Bertolini, venne affidato un duplice mandato. Il primo compito era di tipo conoscitivo, cioè di indagine e di rilevamento statistico, tale da fornire una visione organica e precisa delle reali condizioni di vita e di lavoro all'interno degli ospedali, che doveva essere preliminare al secondo mandato che era di tipo propositivo: sulla base delle notizie raccolte, la commissione cioè aveva l'incarico di formulare proposte concrete le quali avrebbero dovuto rappresentare una prima bozza del piano generale di riforma dell'assistenza. La relazione finale della Commissione fu presentata al Governo il 3 Settembre 1919 ed era ispirata, in linea di massima, alla consolidata esperienza anglosassone (giudicata molto positiva), il superamento di un esame di Stato le allieve avrebbero conseguito un diploma di Stato.

Nella relazione della Commissione dunque fu anche tracciato l'abbozzo dell'organizzazione delle scuole per infermiere, abbozzo che fu poi ripreso, nelle sue parti principali, per la formulazione in via definitiva del testo di legge RDL 15 Agosto 1925 che, come sappiamo, regolamentò su tutto il territorio nazionale la professione infermieristica e che, con l'introduzione dell'esame di stato e il conferimento del diploma di Stato, legittimò in modo ufficiale l'esercizio della professione.

L'immagine infermieristica che nacque in questo periodo verrà legata in modo esclusivo alla donna ed agli attributi ritenuti specificamente femminili.

Agli uomini fu precluso l'accesso alle scuole convitto. In questo modo fu

sancita all'interno degli ospedali la presenza di due figure "infermieristiche" diverse e gerarchicamente definite. Da un lato l'infermiera-signorina, colta e preparata; d'altro lato la vecchia figura di infermiere (alla quale non si poteva rinunciare anche per l'esiguo numero di nuove diplomate) ma che rimaneva in ospedale con un ruolo e con mansioni ben distinte. Si andarono così delineando le figure di infermiera professionale e di infermiere generico che hanno rappresentato i due livelli e i due ruoli assistenziali fondamentali fino ai giorni nostri.

2. DEFINIZIONI

L'infermiere forense o legale è “il professionista specializzato nella valutazione di ogni aspetto giuridico e giurisprudenziale che riguardi l'esercizio dell'assistenza infermieristica”.

Per inquadrare questa figura professionale, occorre attingere alla bibliografia anglosassone dove, ormai da anni, essa esercita un ruolo di grande rilievo. La I.A.N.F. (International Association of Forensic Nurses) definisce in questo modo la nuova disciplina: “l'infermieristica forense consiste nell'applicazione delle scienze infermieristiche alle procedure pubbliche o giudiziarie, si occupa inoltre degli aspetti giuridici dell'attività sanitaria, uniti alla preparazione bio psico sociale dell'infermiere diplomato e li affida all'indagine scientifica ed al trattamento dei traumi o della morte di vittime o attori di abusi, violenze, attività criminali ed incidenti.

Il consulente tecnico d'ufficio può essere considerato come “ausiliario” del giudice, soggetto indipendente dalle parti ed esperto in una specifica materia o disciplina. Al consulente tecnico viene affidato dal giudice il compito di assisterlo

e partecipare durante tutto il processo o anche ad un solo atto, con l'obiettivo di fornirgli le conoscenze tecniche necessarie per valutare o anche di accertare un fatto. Il Consulente Tecnico d'Ufficio è la figura professionale, di particolare competenza tecnica, al quale si affida il Giudice durante il processo civile. Nel processo penale, tale professionista assume il nome di Perito d'Ufficio.

Nel linguaggio comune "responsabile" è colui che deve rendere conto di una sua azione; giuridicamente, è la persona che ha l'obbligo di rifondere i danni cagionati ingiustamente a terzi a seguito di una condotta illecita.

Più precisamente la responsabilità professionale è quella a cui è sottoposto ogni professionista nell'esecuzione della propria opera.

3. LA NORMATIVA VIGENTE IN MATERIA

La legge 26 febbraio 1999 n°42 "Disposizioni in materia sanitaria" è importante per molti aspetti e riguarda tutte le professioni sanitarie non mediche, con importanti riflessi anche per la professione medica. Scompare l'anacronistica suddivisione delle professioni sanitarie in: "principali" (medico, veterinario, farmacista ed odontoiatra.) ed "ausiliarie" (tutte le professioni che hanno visto pubblicato un profilo professionale).

Abolisce, inoltre, il "mansionario" (D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225) come fonte privilegiata normativa per l'esercizio della professione. Infatti l'ultimo comma dell'art.1 stabilisce che "il campo proprio di attività e responsabilità delle professioni sanitarie... è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, 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". Questo fa sì che, non esista più una mera elencazione di attribuzioni, ma tre criteri guida e due limiti; i criteri sono dati dai contenuti del profilo professionale, dalla formazione post-base ricevuta e dal codice deontologico, mentre i limiti sono dettati dalle competenze previste per i medici e per gli altri professionisti sanitari laureati.

Nella professione infermieristica l'autonomia viene sancita dal disposto contenuto nel primo articolo del D.M. 14 settembre 1994, n°739 nella parte in cui precisa che l'infermiere "è responsabile dell'assistenza generale infermieristica".

L'attività collaborante viene invece sottolineata dal terzo comma, punto a) dello stesso laddove viene specificato che l'infermiere "partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività", leggendo partecipa si intende svolgere un'attività in collaborazione o equipe; al punto d) l'infermiere "garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche" decise dal medico, ancora al punto e) l'infermiere "agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali".

Di grande rilievo è altresì la Legge 10 agosto 2000 n°251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica", che definisce in maniera generale il contenuto dell'attività delle professioni sanitarie rispettivamente infermieristiche ostetriche, riabilitative, tecnico sanitarie e tecniche della prevenzione, individuando così quattro macro aree delle professioni sanitarie; in

particolare gli appartenenti alla macro area infermieristico-ostetrica svolgono attività dirette “alla prevenzione, alla cura e alla salvaguardia della salute individuale e collettiva”, in base alle norme istitutive dei relativi profili professionali e degli specifici codici deontologici.

Il Codice deontologico approvato nel 2009 nasce con l'esigenza di ridefinire l'articolata evoluzione della professione, che nell'arco di un decennio ha acquisito un'identità finalmente netta e definita nei suoi contorni: l'infermiere non è più "l'operatore sanitario" dotato di un diploma abilitante, ma "il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica". Un professionista che, in quanto tale e anche nella sua individualità, assiste la persona e la collettività attraverso l'atto infermieristico inteso come il complesso dei saperi, delle prerogative, delle attività, delle competenze e delle responsabilità dell'infermiere in tutti gli ambiti professionali e nelle diverse situazioni assistenziali. Da questa significativa svolta ha origine il "nuovo" rapporto infermiere-persona/assistito recepito dal Codice deontologico dell'infermiere 2009.

4. PROFESSIONE INFERMIERE: DOPO L'ABOLIZIONE DEL MANSIONARIO. RESPONSABILITA' PROFESSIONALE.

La legge 26 febbraio 1999 n°42 “Disposizioni in materia sanitaria” con l'abolizione del “mansionario”(D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225), come abbiamo detto, investe la professione infermieristica di una serie di responsabilità che non hanno più un confine ben chiaro come si leggeva nel mansionario stesso. In base al DM 14 settembre 1994 n° 739 l'infermiere è il “responsabile dell'assistenza generale infermieristica”, quindi l'infermiere assume delle vere e proprie funzioni

indipendenti dalla professione medica, anche se sempre in collaborazione con essa, ma detiene la responsabilità di tutto ciò che riguarda l'assistito ad eccezione dell'atto medico.

Questa nuova dimensione professionale allargando le competenze decisionali dell'infermiere ne aumenta proporzionalmente le responsabilità.

Professionalmente viene a trovarsi a rispondere direttamente del proprio operato sia in campo civile sia penale.

Responsabilità civile, in generale può essere definita come la soggezione necessaria di una persona alle conseguenze di un proprio comportamento contrario ad un dovere giuridico, sia esso espressamente previsto da una precisa norma di legge, ovvero imposto dai principi generali della comune diligenza e prudenza, cui deve sempre improntarsi l'attività umana. Non ogni attività illecita costituisce fattispecie generatrice di responsabilità civile. Elemento costitutivo ne è, infatti, non solo l'agire illecitamente (*contra jus*), ma anche l'agire causando danno ad altri e l'ordinamento civile si preoccupa appunto che questo danno sia risarcito.

La responsabilità civile si distingue in responsabilità contrattuale e responsabilità extracontrattuale.

La responsabilità contrattuale ricade sul soggetto ogni qual volta egli si renda inadempiente rispetto ad uno specifico obbligo precedentemente e volontariamente assunto nei confronti di un altro soggetto, determinando la violazione di un diritto relativo.

La responsabilità extracontrattuale, invece, consegue ad una condotta umana (attiva od omissiva) illecita che determina in capo ad un terzo un danno ingiusto, a

prescindere da un preesistente rapporto giuridico tra danneggiato e danneggiante; essa deriva, infatti, dalla violazione dell'obbligo generale del *neminem laedere* (cioè dell'obbligo di non arrecare danno ad altri) cui consegue la lesione di una situazione giuridica tutelata in modo assoluto.

La responsabilità penale sorge quando la violazione dei doveri professionali costituisce un reato previsto dal codice penale.

Questa responsabilità può essere dolosa o colposa, commissiva od omissiva, può configurare reati comuni, come nel caso di lesione personale e di omicidio, oppure costituisce reati esclusivi e propri della professione.

Responsabilità dolosa. E' rappresentata da trasgressioni volontarie e coscienti, tali da presupporre il dolo, collegate con l'esercizio della professione sanitaria.: rivelazione del segreto professionale (art. 622 c.p.) o d'ufficio (art. 326 c.p.), falsità in atti (art. 476-493 c.p.) ed infine i reati di sequestro di persona, violenza privata, ispezione corporale arbitraria e incapacità mentale procurata mediante violenza

Responsabilità colposa. E' la forma più tipica e frequente di responsabilità professionale, si realizza, ai sensi dell'art. 43 del c.p., quando un infermiere, per negligenza, imprudenza o imperizia (colpa generica) ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline (colpa specifica), cagiona, senza volerlo, la morte o una lesione personale del paziente. Nell'ipotesi di colpa specifica, la violazione di norme imposte per legge comporta la presunzione di colpa nei riguardi dei danni conseguenti, senza possibilità da parte dell'incolpato di fornire la prova del contrario (errore inescusabile).

La colpa generica, e quindi la negligenza, l'imprudenza e l'imperizia, deve

essere individuata in base ad alcuni parametri:

1. criterio della regola tecnica: si deve analizzare la prestazione professionale stabilendo se e di quanto si è discostata senza motivo logico dalle direttive teoriche e pratiche, scientificamente collaudate (iter diagnostico, somministrazione di farmaci, tecnica assistenziale, ecc.).

2. criterio della preparazione media: l'errore del singolo viene giudicata sul metro della preparazione media degli infermieri: perciò si considera imperito non l'infermiere ignorante in astratto, ma colui che non sa quello che un comune infermiere dovrebbe sapere; non è negligente chi omette senza conseguenze alcune norme tecniche, ma lo è chi trascura quelle regole che tutti gli altri osservano nella stessa circostanza; non è imprudente chi usa metodi anche rischiosi, ma con le dovute cautele, mentre è tale chi li usa male o senza reale necessità. Il progresso delle scienze mediche, accrescendo il livello tecnico culturale di base, tende ad elevare la preparazione media dell'infermiere e pertanto rende più severa la valutazione medico-legale e giuridica dell'errore professionale.

3. Criterio delle circostanze soggettive e oggettive. Le condizioni soggettive riguardano la posizione professionale dell'infermiere, il suo grado di intelligenza e di preparazione e lo stato psichico al momento del fatto. Non si può pretendere da un neolaureato quello che può fare in campo assistenziale un infermiere esperto. La responsabilità da imperizia grava più sull'infermiere esperto in una specifica branca che non sul professionista durante il periodo di affiancamento o tutoraggio, quando l'errore verta su di un campo specifico; la responsabilità da imprudenza può gravare più sul professionista se si è

avventurato in tecniche complicate e rischiose di cui non possedeva la necessaria competenza; la responsabilità da negligenza grava parimenti su ogni infermiere. Le condizioni oggettive riguardano le diversità fra un caso clinico e l'altro, le circostanze di tempo e di luogo e le modalità proprie dell'intervento professionale. E' più facile sbagliare un caso clinico particolarmente raro o anomalo, in condizioni di estrema urgenza, in centri scarsamente attrezzati, con collaboratori non all'altezza.

Da quanto sopra detto se ne deduce che sulla responsabilità di ogni infermiere vengono a giocare molte variabili: la preparazione personale, l'esperienza in un determinato campo, la particolarità del caso clinico o delle condizioni di erogazione della prestazione.

5. L'ATTO MEDICO

Definizione di atto medico approvata dal Consiglio dell'Unione dei Medici Specialisti a Budapest nel mese di novembre 2006, "L'atto medico include tutta l'azione professionale, quella scientifica, quella d'insegnamento, d'esercizio ed educativa, i livelli clinici e medico tecnici attuali per promuovere la salute e funzionalità, prevenire disturbi, fornire ai pazienti cure diagnostiche o terapeutiche e riabilitative, individuali o di gruppo o cumulative, nel contesto del rispetto dell'etica e del valore deontologico.

La responsabilità dell'atto ed il suo esercizio devono sempre essere esercitate da un medico registrato, o sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione".

Questa definizione comunque non definisce la sfera degli atti di esclusiva competenza medica e quindi di rimando anche quelli di competenza

infermieristica non hanno un preciso limite, o meglio con le nuove specializzazioni infermieristiche la linea di confine è sempre più sottile, basti pensare alla funzione di triage presso un pronto soccorso dove l'infermiere seguendo protocolli e linee guida autonomamente gestisce le urgenze presso il pronto soccorso stesso.

6. NECESSITA' DI UN PERITO AD HOC PER UNA PROFESSIONE CHE CRESCE

Abbiamo capito da quanto sopra esposto che l'infermiere dai tempi più antichi si è evoluto fino ad assumere oggi una propria identità ed autonomia, abbiamo anche compreso che con queste è cresciuta la responsabilità con cui questi professionisti devono confrontarsi. Fatta questa necessaria premessa, passiamo ora a considerare la figura del Consulente Tecnico. L'art.61 del c.p.c. dispone che "quando è necessario il giudice può farsi assistere per il compimento di singoli atti o per tutto il processo da uno o più consulenti di particolare competenza tecnica". La scelta degli stessi viene normalmente tra persone iscritte presso un albo tenuto da ogni Tribunale, come prescritto dall' art. 13 delle norme di attuazione del c.p.c. . Ricordando che le fondamenta dell'edificio medico-legale devono saldamente poggiare sulla cultura del "rigore nelle prove" che si esprime attraverso motivazioni scientifiche ponderate, possiamo sicuramente ammettere che per valutare l'operato professionale di un infermiere sia necessario il giudizio e l'analisi di un professionista esperto delle competenze specifiche da questo svolte. A me piace distinguere la professione medica da quella infermieristica con l'utilizzo di due verbi inglesi che rendono molto bene questa distinzione "to cure" e "to care" ovvero "curare" e "prendersi cura";la locuzione "prendersi cura"

secondo me identifica molto bene la nostra professione. L'infermiere ha ora un' autonomia e ha competenze specifiche sue proprie, ma talmente ampie in quanto la specializzazione ha appena cominciato ad esistere, per cui un infermiere è un "infermiere", ciò vuol dire che dal professionista che si occupa di sala operatoria e quello che si occupa di emergenza o qualsiasi esperienza acquisita con il lavoro e l'aggiornamento, non c'è ufficialmente differenza e quindi un bacino di competenze e abilità talmente ampio da comprendere tutto il sapere medico, ma dal punto di vista assistenziale, e per questo l'unico professionista che può discernere cosa sia giusto, corretto, etico o professionale e quindi trovare il "nesso di causalità" necessario per determinare la responsabilità di un soggetto per un fatto è l'infermiere forense che detiene la conoscenza nell'applicazione delle scienze infermieristiche alle procedure pubbliche o giudiziarie.

7. BIBLIOGRAFIA

- Saggi di AAVV in: Storia d'Italia, annale 7, Torino, Einaudi, 1984.
- Saggi di AAVV in: Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al fascismo, a cura di M.L. Betri e A. Gigli Marchetti, Milano, Angeli, 1982.
- Saggi di AAVV in: Istituzioni e borghesie locali nell'Italia liberale, a cura di M.P. Bigaran, Milano, Angeli, 1980.
- G. Cosmacini, Storia della medicina e della sanità in Italia, Bari, Laterza, 1988.
- G. Cosmacini, Medicina e sanità in Italia nel XX secolo, Bari, Laterza,1989.
- G. Cosmacini, La salute, la cura, la storia, Milano, Litonova, 1994.
- Fiumi, Infermieri e ospedale, Verona, Nettuno, 1993.
- P. Frascani, Ospedale e società in età liberale, Bologna, Il mulino, 1986.
- Giovannini, Risanare le città, Milano, Angeli, 1996.
- E. Manzoni, Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica, Milano, Masson, 1996.
- E. Sullerot, La donna e il lavoro. Storia e sociologia del lavoro femminile, Milano, Etas Kompass, 1969.
- Bernabeo R.A.,L'Organizzazione Ospedaliera nel Tempo, Gli Ospedali della Vita A.XXIV,n.1,1997,pp.93-98.
- Bernabeo R.A., L'Assistenza Infermieristica: da vocazione a professione, Gli Ospedali della Vita, A. XXV, n.1,1998,pp.121-26.
- Bifulco C., Storia dell'assistenza sociale e

infermieristica, Pontedera, L'Azienda Ospedaliera, 1953.

- Calamandrei C., *L'Assistenza Infermieristica: storia, teoria, metodi*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1983.

- Faxon N.W., *A History of Hospitals*, in Bachmeyer C.A. e Hartmann G. *The Hospital in modern Society*, London, Oxford Un.Press, 1945, p.22 e s.

- Gallassi A., Note ed appunti sulla assistenza ospedaliera e gli ordini religiosi, Riv. di St.delle Scienze mediche e naturali, A. XLI, suppl.n.1, 1950, pp.166-72.

- Francini M., *Fatebenfratelli, San Giovanni di Dio e i suoi seguaci in Italia*, Milano, Frassinelli, 1985.

- Janneson E.M., Sewall M.F., *Trends in Nursing History*, Philadelphia, Saunders C., 1954.

- Mezzadri L., *San Vincenzo de Paoli, una carità senza frontiere*, Cinisello Balsamo, Ed. Paoline, 1986.

- Simili A., *Sulla origine degli Spedali*, Atti I Congr. It. Storia Ospitaliera, Reggio Emilia, AGE, 1957, pp. 669-81.

- Vanti m., *San Camillo de Lellis*, Roma, Coletti ed., 1957.

- Atti del Convegno Nazionale "STORIA DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA" Bologna, 25 Febbraio 2000

- Breda R., *La responsabilità della struttura sanitaria tra esigenze di tutela e difficoltà ricostruttive*, in DR 2001, 1047-1053, 2001

- Monateri P.G., Bona M., Castelnovo A., *Responsabilità da attività medico sanitaria*, UTET, Torino, 2000

- Iamicelli P., La R.C. del Medico, UTET, Torino, 2000
- Alpa G., La responsabilità del medico, in RCP, 1999
- Rossetti M., Il CTU, Giuffrè, Milano, 2006
- Cendon P., Trattato breve dei nuovi danni; CEDAM, Padova, 2001
- Cendon P., Persona e danno; Giuffrè, Milano, 2004
- Cassano G., La responsabilità del professionista, Giappichelli, Torino, 2008
- L. Mezzetti, Diritto costituzionale. Manuale breve, Milano, 2009, 95-173;
- A. Barbera, C. Fusaro, Corso di diritto pubblico, Bologna, 2006, cap. V;
- R. Bin., G. Pitruzzella, Diritto costituzionale, Padova,, 2008, cap. VII-VIII-IX;
- F.Sorrentino, Le fonti del diritto italiano, Padova, 2009;
- G. Tarli Barbieri, Appunti sulle fonti del diritto italiano, Torino, 2008.
- M. Furlan, Etica professionale: per infermieri, Padova, Piccin, 1995.
- K. Blanchard e M. O' Connor , Il manager etico, 2003, Sperling & Kupfer Editori.
- F. Germini, P. Lattarulo, Errore professionale e deontologia infermieristica: dalla storia alla programmazione futura, in Professioni infermieristiche, 2008, 6, 9–13.
- P. Gobbi, Lo studio dei casi nella formazione e nell'aggiornamento

dell'infermiere: il problema etico e legale del consenso alle prestazioni infermieristiche, in *Nursing oggi* 2006, XI, 8–12.

- R. Sala, Codici etici e deontologici: Qualche distinzione, in *Giornale italiano di Scienze infermieristiche*, 2005, 26–29.

- Il Codice deontologico 2009 Approvato dal Comitato centrale della Federazione con deliberazione n. 1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio nazionale dei Collegi Ipasvi riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio 2009

GLI ELEMENTI COSTITUTIVI DELLA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE

Nel linguaggio comune “responsabile” è colui che deve rendere conto di una sua azione; giuridicamente, è la persona che ha l’obbligo di rifondere i danni cagionati ingiustamente a terzi a seguito di una condotta illecita.

Più precisamente la responsabilità professionale è quella a cui è sottoposto ogni professionista nell’esecuzione della propria opera.

La responsabilità professionale racchiude in sé:

- Responsabilità civile;
- Responsabilità penale;
- Responsabilità disciplinare;
- Responsabilità amministrativa.

Analizziamo ora le differenti accezioni.

Responsabilità civile, in generale può essere definita come la soggezione necessaria di una persona alle conseguenze di un proprio comportamento contrario ad un dovere giuridico, sia esso espressamente previsto da una precisa norma di legge, ovvero imposto dai principi generali della comune diligenza e prudenza, cui deve sempre improntarsi l’attività umana. Non ogni attività illecita costituisce fattispecie generatrice di responsabilità civile. Elemento costitutivo ne è, infatti, non solo l’agire illecitamente (*contra jus*), ma anche l’agire causando danno ad altri e l’ordinamento civile si preoccupa appunto che questo danno sia risarcito.

La responsabilità civile si distingue in responsabilità contrattuale e responsabilità extracontrattuale.

La responsabilità contrattuale ricade sul soggetto ogni qual volta egli si renda inadempiente rispetto ad uno specifico obbligo precedentemente e volontariamente assunto nei confronti di un altro soggetto, determinando la violazione di un diritto relativo.

La responsabilità extracontrattuale, invece, consegue ad una condotta umana (attiva od omissiva) illecita che determina in capo ad un terzo un danno ingiusto, a prescindere da un persistente rapporto giuridico tra danneggiato e danneggiante; essa deriva, infatti, dalla violazione dell'obbligo generale del *neminem laedere* (cioè dell'obbligo di non arrecare danno ad altri) cui consegue la lesione di una situazione giuridica tutelata in modo assoluto.

Responsabilità penale. La responsabilità penale sorge quando la violazione dei doveri professionali costituisce un reato previsto dal codice penale.

Questa responsabilità può essere dolosa o colposa, commissiva od omissiva, può configurare reati comuni, come nel caso di lesione personale e di omicidio, oppure costituisce reati esclusivi e propri della professione.

Responsabilità dolosa. E' rappresentata da trasgressioni volontarie e coscienti, tali da presupporre il dolo, collegate con l'esercizio della professione sanitaria.: rivelazione del segreto professionale (art. 622 c.p.) o d'ufficio (art. 326 c.p.), falsità in atti (art. 476-493 c.p.) ed infine i reati di sequestro di persona, violenza privata, ispezione corporale arbitraria e incapacità mentale procurata mediante violenza che possono configurarsi anche in seguito a trattamenti medico-chirurgo-anestesiologici senza il consenso del paziente.

Responsabilità colposa. E' la forma più tipica e frequente di responsabilità professionale, si realizza, ai sensi dell'art. 43 del c.p., quando un infermiere, per

negligenza, imprudenza o imperizia (colpa generica) ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline (colpa specifica), cagiona, senza volerlo, la morte o una lesione personale del paziente. Nell'ipotesi di colpa specifica, la violazione di norme imposte per legge comporta la presunzione di colpa nei riguardi dei danni conseguenti, senza possibilità da parte dell'incolpato di fornire la prova del contrario (errore inescusabile).

La colpa generica, e quindi la negligenza, l'imprudenza e l'imperizia, deve essere individuata in base ad alcuni parametri:

1. criterio della regola tecnica: si deve analizzare la prestazione professionale stabilendo se e di quanto si è discostata senza motivo logico dalle direttive teoriche e pratiche, scientificamente collaudate (iter diagnostico, somministrazione di farmaci, tecnica assistenziale, ecc.).
2. Criterio della preparazione media: l'errore del singolo viene giudicata sul metro della preparazione media degli infermieri: perciò si considera imperito non l'infermiere ignorante in astratto, ma colui che non sa quello che un comune infermiere dovrebbe sapere; non è negligente chi omette senza conseguenze alcune norme tecniche, ma lo è chi trascura quelle regole che tutti gli altri osservano nella stessa circostanza; non è imprudente chi usa metodi anche rischiosi, ma con le dovute cautele, mentre è tale chi li usa male o senza reale necessità. Il progresso delle scienze mediche, accrescendo il livello tecnico culturale di base, tende ad elevare la preparazione media dell'infermiere e pertanto rende più severa la valutazione medico-legale e giuridica dell'errore professionale.
3. Criterio delle circostanze soggettive e oggettive. Le condizioni

soggettive riguardano la posizione professionale dell'infermiere, il suo grado di intelligenza e di preparazione e lo stato psichico al momento del fatto. Non si può pretendere da un neolaureato quello che può fare in campo assistenziale un infermiere esperto. La responsabilità da imperizia grava più sull'infermiere esperto in una specifica branca che non sul professionista durante il periodo di affiancamento o tutoraggio, quando l'errore verta su di un campo specifico; la responsabilità da imprudenza può gravare più sul professionista se si è avventurato in tecniche complicate e rischiose di cui non possedeva la necessaria competenza; la responsabilità da negligenza grava parimenti su ogni infermiere. Le condizioni oggettive riguardano le diversità fra un caso clinico e l'altro, le circostanze di tempo e di luogo e le modalità proprie dell'intervento professionale. E' più facile sbagliare un caso clinico particolarmente raro o anomalo, in condizioni di estrema urgenza, in centri scarsamente attrezzati, con collaboratori non all'altezza.

La colpa può essere:

- grave, quando non viene usata la diligenza, prudenza e perizia propria di tutti gli uomini, tale da essere inescusabile;
- lieve, quando non viene usata la diligenza, prudenza e perizia propria di ogni uomo di media capacità;
- lievissima, quando non viene usata la diligenza, prudenza e perizia propria delle persone superlativamente dotate di oculatezza e prudenza.

L'esercizio della medicina, a differenza di molte altre professioni, mette a nudo innumerevoli incertezze scientifiche, dubbi diagnostici, insufficienze dei mezzi curativi, inoltre si scontra frequentemente con dei rischi e delle

complicanze imprevedibili, che aumentano con le difficoltà tecniche; per questi motivi, benchè in tema di responsabilità penale non si faccia distinzione circa il grado della colpa, è stato espressamente utilizzato, anche in sede penale il principio fissato nell'art. 2236 c.c., secondo cui se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o colpa grave (Cass., 21 ottobre 1970).

Questo richiamo all'art. 2236 c.c. è stato a lungo sfruttato per legittimare un orientamento abbastanza indulgente nei confronti della classe sanitaria, senza considerare che la limitazione della responsabilità alla sola colpa grave andava riferito esclusivamente all'imperizia e non alla imprudenza e negligenza.

La Corte Costituzionale con sentenza 28 novembre 1973, n. 166, si era così espressa: "La particolare disciplina in tema di responsabilità penale, desumibile dagli artt. 589 e 42 c.p., in relazione all'art. 2236 c.c., per l'esercente una professione intellettuale quando la prestazione implichi la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, è il riflesso di una normativa dettata da due opposte esigenze, quella di non mortificare l'iniziativa del professionista col timore di ingiuste rappresaglie da parte del cliente in caso di insuccesso e quella inversa di non indulgere verso non ponderate decisioni o riprovevoli inerzie del professionista stesso. Ne consegue che solo la colpa grave e cioè quella derivante da errore inescusabile, dall'ignoranza dei principi elementari attinenti all'esercizio di una determinata attività professionale o propri di una data specializzazione, possa nella indicata ipotesi rilevare ai fini della responsabilità penale".

Infine la Corte di Cassazione, Sezione IV Penale, con le sentenze 11 aprile 1987, n. 204, 17 luglio 1987, n. 1335 e 27 agosto 1987, n. 1065 si è così

pronunciata: "L'accertamento della colpa professionale del sanitario, che deve essere valutata con larghezza e comprensione, per la peculiarità dell'esercizio della classe medica e per le difficoltà dei casi particolari, ma pur sempre nell'ambito dei criteri dettati dalla norma dell'art. 43 c.p., non può essere effettuata in base agli elementi dettati dall'art. 2236 c.c., secondo cui il prestatore d'opera è esonerato dall'obbligo del risarcimento danni, quando la prestazione implichi la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà, tranne che nell'ipotesi di commissione del fatto con dolo o colpa grave; l'applicazione di questa norma non può avvenire con interpretazione analogica perchè vietata a causa del carattere eccezionale della disposizione rispetto ai principi generali (artt. 1176, 1218, 2043 c.c.), ed inoltre essa è esclusa per la sistematica disciplina del dolo e della colpa in diritto penale in quanto il grado della colpa è previsto solo come criterio per la determinazione della pena (art. 133 c.p.), o come circostanza aggravante (art. 61 n. 3 c.p.), ma in nessun caso per determinare la stessa sussistenza dell'elemento psicologico del reato, giacchè il minor grado della colpa non può avere giammai efficacia scriminante".

Acquista sempre maggiore rilievo la problematica della responsabilità penale del lavoro eseguito in équipe; la Costituzione afferma all'art. 27, 1 cpv, che la responsabilità penale è personale e pertanto ciascuno dovrebbe rispondere solo dei propri errori, senza avere obblighi di sorveglianza nei confronti degli altri componenti, neppure da parte del primario o capo-équipe, ma la situazione è ancora controversa.

La responsabilità disciplinare è quella che nasce dal rapporto tra professionista e datore di lavoro, che esercitano alle dipendenze di enti pubblici o

privati e deriva dall'inosservanza dei doveri di servizio o di ufficio (fedeltà, obbedienza, segretezza, imparzialità, vigilanza, onestà, puntualità). E' regolata da disposizioni speciali, contemplate dal contratto del pubblico impiego, la cui violazione comporta sanzioni di carattere amministrativo, comminate mediante un procedimento disciplinare interno.

Si può dire che il potere disciplinare, previsto dall'art 2106 c.c., costituisca uno degli aspetti del potere direttivo del datore di lavoro e consiste nella possibilità che ad esso compete di irrogare determinate sanzioni nei confronti del dipendente, il quale contravvenga ai menzionati doveri codicistici di fedeltà, obbedienza, segretezza, imparzialità, vigilanza, onestà, puntualità.

La legge 20 maggio 1970 n° 300, il cd. "Statuto dei lavoratori", ha introdotto regole, sia sotto l'aspetto sostanziale che procedurale per far valere la responsabilità disciplinare, poi fatte proprie dal D.Lgs. 165/2001 che le adatta alla disciplina dell'impiego presso la pubblica amministrazione (art. 55). Si nota oggi un ridimensionamento del ruolo della contrattazione collettiva ne è una prova lampante la nuova legge cd. Brunetta (Legge 4 marzo 2009, n° 15), con la modifica del testo dell' art 2, comma 2, secondo allinea del D.Lgs. 165/2001-

Il testo precedente recitava così "I rapporti di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche sono disciplinati dalle disposizioni del capo I, titolo II, del libro V del codice civile e delle leggi sui rapporti di lavoro subordinato nell'impresa, fatte salve le diverse disposizioni contenute nel presente decreto. Eventuali disposizioni di legge, regolamento o statuto, che introducano discipline dei rapporti di lavoro la cui applicabilità sia limitata ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche, o a categorie di essi, possono essere derogate da

successivi contratti a accordi collettivi e, per la parte derogata non sono ulteriormente applicabili, salvo che la legge disponga espressamente in senso contrario”.

Il nuovo articolo della “Legge Brunetta” recita così: “Eventuali disposizioni di legge, regolamento o statuto, che introducano discipline dei rapporti di lavoro la cui applicabilità sia limitata ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche, o a categorie di essi, possono essere derogate da successivi contratti a accordi collettivi e, per la parte derogata non sono ulteriormente applicabili, solo qualora ciò sia espressamente previsto dalla legge”.

La differenza fra i due articoli si ritrova solo nell’ultima frase ma denota l’efficacia delegificante (prevalenza sulla legge) solo quando ciò sia espressamente previsto dalla legge e non in via generale.

Uno dei requisiti procedurali per il corretto esercizio del potere disciplinare è quello di rendere pubblico in codice disciplinare, mediante affissione dello stesso in luogo accessibile a tutti i dipendenti.

La contestazione dell’addebito disciplinare deve sottostare ai principi di immediatezza, specificità e immutabilità. Infatti l’addebito va contestato entro tempi certi, deve essere specifico e non può mutare nel corso della procedura.

Deriva altresì dalla trasgressione delle norme del Codice deontologico e riguarda tutti gli infermieri iscritti al Collegio Professionale. Può concorrere con un illecito giuridico. La sanzione è applicata dal Collegio Professionale.

La responsabilità amministrativa nasce dal rapporto tra professionista e pubblica amministrazione, infatti in base all’Art 52 del R.D. 12 luglio 1934, n° 1214 “ i funzionari retribuiti da amministrazioni aziende e gestioni statali a

ordinamento autonomo, che nell'esercizio delle loro funzioni , per azione od omissione imputabile anche a sola colpa o negligenza, cagionino danno allo Stato e ad altra amministrazione dalla quale dipendono, sono sottoposti alla giurisdizione della Corte dei Conti nei casi e modi previsti dalla legge sull'amministrazione del patrimonio e sulla contabilità generale dello Stato e da leggi speciali". Il R.D. 18 novembre 1923, n° 2440 dispone all'art. 18, che “ l'impiegato che per azione od omissione, anche solo colposa, nell'esercizio delle sue funzioni , cagioni danno allo Stato, è tenuto a risarcirlo.”

Tutto il personale sanitario del reparto risponde per la propria parte a partire dal personale ausiliario al singolo aiuto e quest'ultimo risponde della errata esecuzione delle disposizioni impartite dal primario e delle decisioni assunte autonomamente in contrasto con le indicazioni impartite.

L'inadempimento può essere oltre che totale o dovuto ad incuria o disattenzione, anche derivato da imperizia, ossia da un errore determinato da ignoranza di cognizioni tecniche o da inesperienza professionale, e tanto sia quando il professionista risponde solo per dolo o colpa grave, ai sensi dell'art 2236 c.c., sia quando deve rispondere anche di colpa secondo le regole comuni. In relazione alla natura dell'obbligazione assunta, l'inadempimento e l'inesatto adempimento del professionista consistono, dunque nell' aver egli tenuto un comportamento non conforme alla diligenza e perizia richieste dall'attività svolta, mentre il mancato raggiungimento del risultato per il quale l'attività era stata a lui richiesta e da lui esercitata integra il danno consequenziale alla non diligente o erronea prestazione dell'attività (Cassazione n° 17306 del 2006).

La fattispecie a noi proposta può essere analizzata da diverse prospettive.

In campo civile l'infermiera ha cagionato un danno ingiusto all'attrice, quindi è tenuta a risarcire il danno cagionato. Può essere annoverato nei casi di responsabilità extracontrattuale o aquiliana, infatti la professionista ha fornito una prestazione in via occasionale, in virtù di un turno di lavoro. Se in seguito a tale intervento viene provocata una lesione alla paziente si incorre in una responsabilità extracontrattuale.

In questo caso non è sufficiente provare il danno patito e presumere la colpa ma deve essere provata anche la colpa.

In questo caso la professionista può anche essere chiamata a rispondere della colpa lievissima. E non solo grave o lieve.

In ambito penale la legge prescrive un comportamento diligente, prudente e competente. Seguendo i criteri di cui sopra, la professionista ha assunto un comportamento omissivo e negligente nello svolgere il proprio operato, quindi si è resa colpevole di reato colposo, poiché non si può ritenere che abbia agito con volontà, ed infine per colpa lieve in quanto ha ommesso un controllo e una diligenza propria di ogni professionista di media capacità.

**LE ALTRE CATEGORIE DI DANNO INGIUSTO: DANNO
PATRIMONIALE, DANNO NON PATRIMONIALE,
ESTETICO, ESISTENZIALE, ECC.**

Il danno è lo svantaggio, il pregiudizio, il nocimento che un individuo provoca ad un altro. Il danno nasce dalla responsabilità, e la responsabilità può essere definita come la soggezione necessaria di una persona alle conseguenze di un proprio comportamento contrario ad un dovere giuridico, sia esso espressamente previsto da una precisa norma di legge, ovvero imposto dai principi generali della comune diligenza e prudenza, cui deve sempre improntarsi l'attività umana.

L'espressione responsabilità civile si è sempre basata sull'idea di colpevolezza, cioè, che non potesse ipotizzarsi responsabilità senza colpa. Oggigiorno il fondamento della responsabilità civile è diverso da quello penalistico, è di tipo riparatorio e non sanzionatorio, e non sempre e non necessariamente è collegato ad una condotta riprovevole. La tendenza deve essere quella di spostare l'accento dall'ingiustizia della condotta all'ingiustizia del danno.

Non ogni attività illecita costituisce fattispecie generatrice di responsabilità civile. Elemento costitutivo ne è, infatti, non solo l'agire illecitamente (*contra jus*), ma anche l'agire causando danno ad altri. e l'ordinamento civile si preoccupa appunto che questo danno sia risarcito.

La responsabilità civile può, a sua volta, essere suddivisa in responsabilità contrattuale quando si viene meno ad una obbligazione precedentemente assunta nei confronti di un terzo e quella extracontrattuale per un fatto commesso che

abbia provocato un danno ingiusto, senza necessariamente che esista, tra le parti, un contratto.

Le classificazioni cui è soggetto il danno risarcibile, sono varie e molteplici. Si ha in primo luogo la distinzione tra danno materiale, e danno fisico. Sono danni materiali tutti quelli subiti dalle cose di proprietà del danneggiato che vanno risarciti al loro prezzo di mercato; sono, invece, danni fisici quelli derivati dalla lesione della persona, e possono originare inabilità temporanea, pari al tempo di guarigione, e invalidità permanente, che coincide invece con la diminuzione della capacità fisica.

Per ciascuna di queste due categorie si possono configurare poi ulteriori tipi di danno, cioè il danno patrimoniale ed il danno non patrimoniale a seconda che le ripercussioni avvengano entro o fuori del patrimonio.

Il danno patrimoniale è quello arrecato dalla lesione alla sfera patrimoniale del danneggiato. . A sua volta si distingue in danno emergente, quello direttamente derivante dal fatto illecito (perdita economica o spese sostenute) e lucro cessante, vale a dire, il mancato guadagno verificatosi a causa dell'evento dannoso (perdita o riduzione della capacità lavorativa e di guadagno).

Tale fattispecie si configura quando la lesione alla persona oltre che menomarne l'integrità psico-fisica, cioè a procurarle un danno biologico, ed a perturbarne lo stato d'animo, cioè a cagionarle un danno morale, incida altresì sulla sfera patrimoniale della persona danneggiata, provocandole un danno economico.

Il danno non patrimoniale nella comune accezione comprende:

il danno biologico che è la lesione dell'integrità fisica e psichica del

soggetto, medicalmente accertabile e risarcibile a prescindere dalla capacità di produzione di reddito del danneggiato. Si tratta, in pratica, di fattispecie totalmente indipendente dalla capacità produttiva del danneggiato. Nell'ambito del danno biologico rientrano tutti quelli non reddituali: il danno estetico, il danno alla vita di relazione, il danno alla sfera sessuale e la riduzione della capacità lavorativa generica.

Il danno morale è rappresentato dalle sofferenze psichiche, dalle ansie e dal patema d'animo conseguenti alle lesioni subite. Tale danno è individuabile anche nelle ipotesi di ingiusto turbamento dello stato d'animo del danneggiato in conseguenza dell'illecito. Si ha infatti diritto al danno morale solo se le lesioni subite siano la conseguenza di un fatto illecito di rilevanza penale e la responsabilità dell'autore materiale del fatto sia provata.

Fra le varie forme di "danno biologico", inteso quale danno alla salute ovvero all'integrità psico-fisica della persona in sé e per sé considerata, in quanto incidente sul "valore uomo" in tutta la sua concreta dimensione, il danno di rilevanza estetica rappresenta certamente la forma più complessa e meno codificabile secondo rigidi schemi e parametri valutativi per l'estrema variabilità soggettiva delle alterazioni fisionomiche correlate non solo alla conservazione dei semplici tratti somatici ma anche al mantenimento dell'armonia e della personalità espressiva del soggetto; si dovrà, perciò, tenere adeguato conto non solo dell'integrità morfologica, ma anche della conservazione della completa "efficienza estetica" intesa come capacità mimico-espressiva e proiezione esterna della personalità dell'individuo. Appare, pertanto, evidente come la soglia di indennizzabilità di tale danno non sia riconducibile a schemi prefissati. Al

contrario, essa dovrà essere attentamente valutata in ogni singolo caso in relazione sia alle caratteristiche somatiche (età, sesso, stato anteriore) che alle particolarità espressive, anche psicologiche e sociali. Solo così potranno essere realmente apprezzate le avvenute modificazioni del modo di apparire ed essere "soggetto capace di comunicazione e relazioni interpersonali". A tal fine, oltre ad un'attenta valutazione dello stato anteriore, eventualmente documentabile mediante idonea documentazione fotografica, si dovranno considerare le peculiarità mimiche e fisionomiche antecedenti in relazione anche alle condizioni sociali e culturali, alla personalità psichica e ai vari aspetti della vita di relazione fino ad allora condotta sia nell'ambito familiare quotidiano che nell'inserimento lavorativo e sociale.

Sul piano operativo si dovrà, pertanto, considerare innanzitutto la rilevabilità oggettiva degli esiti anatomici, ovvero la sede della lesione, non confinata al viso, ma estesa a varie altre parti corporee, in primo luogo il collo e le zone di attrazione sessuale e i caratteri morfologici: esiti cicatriziali di regioni scheletriche e corporee, esiti neurologici, etc. Si dovrà, poi tenere adeguato conto della evolutività dei reliquati anatomici con particolare attenzione per gli esiti morfo-funzionali in soggetti ancora in età evolutiva, spesso suscettibili di sensibili modificazioni correlate all'accrescimento corporeo, nonché della loro emendabilità mediante idonei trattamenti protesici (protesi mammarie, oculari, auricolari, dentarie) e chirurgici, di cui dovranno essere opportunamente valutate nel danno residuo. Si dovrà, infine, valutare l'eventuale coesistenza di altri aspetti di "danno biologico", ovvero di deficit funzionali (visivi, respiratori, fonetici, masticatori), la cui valutazione non potrà spesso distinguersi e sommarsi al pregiudizio estetico, ma dovrà essere integrata e considerata unitariamente in una

ponderata stima complessiva, e di risentimenti psichici, derivanti dal particolare vissuto soggettivo dell'avvenuta compromissione del proprio modo di presentarsi ed essere accettati dagli altri, spesso costituenti un aspetto importante ed autonomo di danno con correlate implicazioni terapeutiche e sociali di rilevanza patrimoniale. Se, infine, appare evidente come il danno estetico costituisca una menomazione della capacità lavorativa specifica nei casi in cui l'integrità estetica ne rappresenti un presupposto indispensabile, potremmo dire uno "strumento di lavoro" o, forse meglio, di "guadagno", non si dovranno nemmeno trascurare le implicazioni patrimoniali, meno conclamate, ma pur sempre rilevanti, derivanti dalle ridotte potenzialità di vita di relazione e di inserimento lavorativo e sociale causate da lesioni determinanti un sensibile pregiudizio estetico, soprattutto nei soggetti giovani e che ancora si trovano in età pre-produttiva. Una particolare menzione merita l'indennizzo delle menomazioni permanenti estetiche specificatamente previste in polizza privata infortuni, per le quali si dovrà ancor più attentamente accertare l'eventuale esistenza di alterazioni estetiche pre-esistenti, riducenti o, addirittura, escludenti il diritto all'indennizzo, e il rapporto cronologico, dovendosi il danno di regola concretizzare in misura obiettivamente apprezzabile entro due anni dall'epoca dell'infortunio.

Il danno esistenziale è quello derivante dalla forzosa rinuncia allo svolgimento di attività non remunerative, fonte di compiacimento o benessere per il danneggiato, ma non causata da una compromissione dell'integrità psicofisica. Questo tipo di danno è stato elaborato piuttosto di recente dalla giurisprudenza, e non trova alcun'esplicito riscontro normativo. Il danno esistenziale è rappresentato dalla lesione della personalità del soggetto nel suo modo di essere

sia personale che sociale che si sostanzia nella apprezzabile alterazione della qualità della vita consistente in un “agire altrimenti” o in un “non poter più fare come prima”.

Spesso gli eventi lesivi, pur non comportando un’alterazione dello stato di salute o l’insorgere di una patologia psichica, possono provocare un’alterazione del benessere psicofisico della vittima dell’evento, una modifica delle sue normali attività quotidiane, provocando condizioni diffuse di malessere psichico che, pur non connotandosi patologicamente, possono indurre anche l’insorgenza di una sintomatologia ansioso-depressiva, che può produrre difficoltà nell’affrontare le quotidiane occupazioni.

E’ ormai pacifico che questo tipo di alterazione del benessere psicofisico individuale è riconducibile alla figura risarcitoria del danno esistenziale, consistente nell’alterazione delle normali attività dell’individuo, quali il riposo, il relax, l’attività lavorativa domiciliare e non, che si traducono nella lesione della “serenità personale”, cui ciascun soggetto ha diritto sia nell’ambito lavorativo, sia, a maggior ragione, nell’ambito familiare.

Come è stato osservato da coloro che si occupano dello studio giuridico della figura del danno esistenziale , affinché possa ravvisarsi il danno esistenziale è indispensabile che sussistano alcune condizioni:

- deve essere rintracciabile la violazione del “diritto alla qualità della vita” e/o “alla libera determinazione della personalità” con modificazioni peggiorative nella sfera personale del soggetto leso,
- l’evento che provoca il danno deve essere fonte di responsabilità per la legge,

- deve essere chiaramente riconoscibile un nesso tra effetti del danno e danno alla salute,
- deve sussistere la consecutività temporale tra il danno e il danno alla persona,
- non deve sussistere la presenza di danno biologico.

Il concetto di danno esistenziale ha avuto grande fortuna nella dottrina ma soprattutto nella pratica giurisprudenziale. Appena nato è stato riconosciuto dalla Cassazione, con la storica sentenza n. 7713/2000 ed è diventato oggetto di un vasto dibattito dottrinale.

La valutazione del danno esistenziale da parte dello psicologo non richiede una valutazione diagnostica di una eventuale patologia psichica, ma deve fondarsi sull'osservazione di quegli elementi che comunemente vengono ritenuti adeguati indicatori della qualità della vita e sulla verifica di un eventuale modificazione peggiorativa del livello di tali indicatori, riconducibile all'evento lesivo.

Con la sentenza n.2050 del 22 gennaio 2004 (Cassazione , sez. IV penale, sentenza 22.01.2004 n° 2050) la Corte di Cassazione ha riconosciuto la risarcibilità di danni patrimoniali e non patrimoniali ad un cittadino ingiustamente condannato per errore giudiziario, con una carcerazione superiore ai sette anni.

Tra i molti punti toccati dalla sentenza si segnalano quello inerente alla quantificazione equitativa del danno biologico, accreditata dalla Corte in quanto “Il sistema tabellare non può essere considerato obbligatorio perché nessuna norma ne impone l'adozione per i danni da responsabilità aquiliana e quindi deve ritenersi ammissibile una liquidazione meramente equitativa purché il giudice abbia dato conto dei criteri equitativi seguiti nella liquidazione, questi criteri non

appaiano illogici e la liquidazione non si discosti clamorosamente e immotivatamente (in più o in meno) dai criteri tabellari che costituiscono pur sempre il metodo di liquidazione che il diritto vivente adotta e privilegia, e soprattutto quelli legati al cosiddetto danno esistenziale, al quale si deve riconoscere autonoma natura rispetto al danno biologico ed al danno morale.

La Cassazione ha precisato che il danno esistenziale è cosa diversa dal danno biologico e non presuppone alcuna lesione fisica o psichica, né una compromissione della salute della persona, ma si riferisce ai già indicati sconvolgimenti delle abitudini di vita e delle relazioni interpersonali provocate dal fatto illecito.”

Inoltre, mentre “Il danno morale soggettivo (pati) si esaurisce nel dolore provocato dal fatto dannoso, è un danno transeunte di natura esclusivamente psicologica; il danno esistenziale (non facere ma anche un facere obbligato che prima non esisteva), pur avendo conseguenze di natura psicologica, si traduce in cambiamenti peggiorativi permanenti, anche se non sempre definitivi, delle proprie abitudini di vita e delle relazioni interpersonali.”

Nell’ambito del diritto sanitario la nozione comune di danno è quello alla persona e consiste nella modificazione peggiorativa del modo di essere della persona considerata come entità somato-psichica, esso, quindi, è necessariamente legato ad un’alterazione intervenuta nell’individuo rispetto ad una condizione antecedente e consiste nel passaggio da uno stato di salute ad uno stato di malattia, o, al peggioramento di un fatto patologico preesistente.

Il nostro ordinamento civile prevede che chiunque si ritenga danneggiato possa richiedere un risarcimento. Esso deve essere stabilito o con un accordo tra le

parti o attraverso un procedimento giudiziario, ma in entrambi i casi occorre dimostrare che il danno sia realmente imputabile al comportamento di colui che è chiamato a risponderne: si tratta, in pratica, del cosiddetto onere della prova.

L'onere della prova nell'illecito contrattuale è caratterizzato dalla presunzione di colpa nel caso d'inadempimento, superabile solo ove il debitore provi che l'inadempimento o il ritardo non sono a lui riferibili per impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile. Pertanto all'attore sarà chiesto di provare il suo credito e la scadenza dell'obbligazione, mentre sarà il debitore che dovrà dimostrare l'impossibilità della prestazione per una causa a lui non imputabile per potersi liberare da responsabilità.

Nell'illecito extracontrattuale l'onere della prova non è caratterizzato dalla presenza della presunzione, ma dall'osservanza della regola di principio secondo la quale l'onere di provare i fatti costitutivi della propria pretesa spetta a colui che l'avanza: è su colui che pretende il risarcimento dei danni che grava il relativo onere. Cosicché l'attore dovrà provare che il comportamento del convenuto gli ha provocato un danno e che tale comportamento è stato caratterizzato da dolo o colpa (salvi i casi di c.d. responsabilità aggravata o per fatto altrui).

Nella sentenza somministrataci la parte lesa ha subito un danno biologico temporaneo e permanente, uno morale, ed uno di rilevanza estetica. Per ciò che concerne il danno patrimoniale, poiché la danneggiata non svolgeva attività lavorativa al momento del fatto, non le è stato riconosciuto alcunché, ed è stato confermato che il danno biologico permanente che residua non comprometterà la capacità lavorative future di quest'ultima. La monetizzazione del danno subito è stata calcolata secondo le cd. "Tabelle 2006" (parametri liquidativi adottati dagli

Uffici Giudiziari del Distretto della Corte d'Appello di Milano); come in uso da molti tribunali ed accettata quale risorsa migliore per la quantificazione del risarcimento. Il danno morale è quantificato in 1/3 di quello biologico; quello estetico si basa sempre sulle "tabelle 2006" ma riparametrato secondo l'età all'epoca del fatto.

PERIZIA CIVILE

Dott. Andrea Dellepiane

Infermiere Forense C.T.U.

Infermiere c/o DEA

A.O.U. San Martino Genova

Ill.mo Giudice Unico

Tribunale Civile di Monza

Presidente Sez. Civile Dott.Forte

RELAZIONE TECNICA D'UFFICIO

Alla causa:

A.D.

vs

A. SRL, P.F., M.G., C.A. e R. Ass.ni SpA

Con per oggetto: risarcimento danni.

PREMESSA

Nell'Udienza del 10/12/2005 la S.V. Ill.ma GIUDICE UNICO del Tribunale Civile di MONZA , mi ha incaricato, quale C.T.U. nella causa in epigrafe, a valutare fuori dalla presenza dell'Ufficio, il periziando A.D., allo scopo di rispondere con adeguata relazione scritta, ai Quesiti:

1. Quale sia stata la realtà, la natura e l'entità delle lesioni sofferte dall'Attore;
2. Se sussista o meno il rapporto di causalità – motivando - tra dette lesioni e il fatto denunciato;

3. Se sussista danno biologico temporaneo (assoluto e parziale, in che misura);
4. Se sussista danno biologico permanente, con l'entità in termini percentuali;
5. Se i postumi permanenti determinano anche un decremento dell'attività lavorativa propria del danneggiato, oppure se detti postumi permanenti si limitano a rendere faticoso, usurante o difficoltosa la normale attività lavorativa praticata;
6. Ove il danneggiato non lavorava all'epoca del sinistro, se i postumi permanenti potrebbero precludergli particolari attività in futuro o chances;
7. Se sussista danno estetico e di quale gravità;
8. Se il danno permanente descritto può essere ridotto (e in che misura) con interventi o protesi, ecc.;
9. Quale l'entità del danno morale.

Mi si autorizzava al ritiro delle produzioni di parte. Si assegnava il termine di gg.60, dall'inizio delle operazioni peritali, per il deposito dell'Elaborato peritale. Disponeva altresì che il CTU, espletati accertamenti e visite, sottoponga alle parti ed ai CTP le bozze delle proprie conclusioni provvisorie, assegnando un termine di 20gg. Per formulare richieste di chiarimenti e di integrazioni, cui risponderà in sede di relazione definitiva.

OPERAZIONI PERITALI

Si rinvia al Verbale di Inizio Operazioni Peritali del 07/01/2005 (che si allega al presente Elaborato): svolte in persona di: A.D., nata il 07/05/1983 a Monza (MI), e residente ivi alla Via Roma nr. 1; ID C.I. nr. AA/12345 del

05/09/2004. Professione: Studente; Nubile. C.F. AAA DDD 83E47 B123 X.

DATI E CIRCOSTANZE DEL FATTO

La parte attrice A.D. il giorno 24/10/2002 ebbe a sottoporsi ad un intervento chirurgico di “rinosettoplastica”, presso la struttura di Monza della A. s.r.l. in occasione del quale ebbe a subire un’evidente lesione termica al secondo dito della mano destra.

Da relazione dell’intervento chirurgico si evince “... ustione 3° grado IFP (interfalangea prossimale) II dito mano destra da contatto. ...”. E successivamente in quanto scritto sulla relazione di dimissione “ ... per l’ustione al II dito controlli ambulatoriali: medicazione tra 2 gg. Presso ns ambulatorio Evitare contatto con acqua, riposo articolare, arto in scarico, terapia medica ...” Prima visita ambulatoriale, “... miglioramento della lesione, pulita non presenza di stato infiammatorio. Controllo tra 4 gg. ...” successive visite , “miglioramento, medicazioni settimanali”, Visita di controllo 20/12/2002 “... guarigione della lesione con esiti cicatriziali in sede IFP mediale II dito mano destra ...“.

INDAGINI MEDICO-LEGALI

E.O. : perfette condizioni generali; buono stato di salute, vigile orientata nel tempo spazio e persone; al colloquio non emergono aspetti amplificativi, rivendicativi, né note di polarizzazione ideatoria.

Nella regione mediale del II dito della mano destra a livello interfalangeo prossimale appare esito cicatriziale, di forma lineare di circa 2 cm di lunghezza e 0.2 cm di larghezza, di aspetto leggermente ipercromico rispetto al tessuto circostante, con residuata una leggera limitazione funzionale ai massimi gradi di flessione e una difficoltà all’estensione pari a circa due gradi rispetto alla

controlaterale.

CONSIDERAZIONI MEDICO-LEGALI

La pratica operatoria che necessita di utilizzo di “ELETTROBISTURI”, prevede l’applicazione di una piastra neutra che crei la zona di scarico dell’elettricità emessa dall’elettrobisturi stesso, di superficie ampia in modo da evitare ustioni, come si evince dalle comuni istruzioni di utilizzo dei principali elettrobisturi in commercio. E’ altresì indicato nelle istruzioni stesse come rischio principale la possibilità di ustione se non vengono messi in pratica accorgimenti necessari quali: la perfetta adesione della placca neutra alla cute dell’utente con eventualmente la rimozione di peli, che comprometterebbero l’adesione della placca stessa; viene raccomandato inoltre il perfetto isolamento da parti metalliche del lettino operatorio che potrebbero causare ustioni in quanto possono fungere da placca indifferente al posto della placca stessa, non avendone la caratteristiche qualitative.

Una delle prime nozioni che si apprendono prestando la propria opera in una sala operatoria è la modalità di applicazione della piastra indifferente che è di responsabilità della figura professionale dell’infermiere di sala operatoria, ed il posizionamento del paziente, che nella pratica di rinosettoplastica è comunemente supina, sempre di responsabilità del professionista suddetto.

CONCLUSIONI

Per tutto quanto sopra esposto, a conclusione delle considerazioni medico-legali espresse e motivate, ad analoghi quesiti così si risponde:

1. La lesione sofferta dall’attrice, per quanto evidente dalla documentazione clinica in essere, risulta prodotta durante la seduta

operatoria e trattasi di ustione di terzo grado sulla faccia mediale dell'interfalange prossimale del II dito della mano destra;

2. Da quanto ricavato dalle principali istruzioni di utilizzo degli ELETTROBISTURI e dall'attenzione dovuta al posizionamento del paziente si evince il nesso di causalità tra la lesione e il fatto denunciato come sopra descritto;

3. Da quanto detto si deduce un danno biologico temporaneo totale di gg 4, parziale di gg 90 al 50% e di gg 30 al 25%. Monetizzate secondo le cd. "Tabelle 2006" (parametri liquidativi adottati dagli Uffici Giudiziari del Distretto della Corte d'Appello di Milano); in :

Euro 3.743,69 a titolo di danno biologico temporaneo totale e parziale (euro 66,26 al dì per gg 4 + Euro 33,13 al dì per gg 90 al 50% + Euro 16,565 al dì per gg 30 al 25%);

4. Da quanto detto si deduce un danno biologico permanente ed estetico pari al 5% riparametrato tenuto conto dell'età dell'attrice all'epoca del fatto (anni 19), degli esiti cicatriziali e del grado dei postumi rilevati. Monetizzati secondo le suddette "Tabelle 2006" in Euro 8.000,00;

5. Non è possibile determinare questo quesito in quanto la parte attrice all'epoca del fatto non svolgeva attività lavorativa;

6. I postumi permanenti non sono tali da precludergli particolari attività in futuro o chances;

7. Già trattato al punto 4;

8. Il danno permanente descritto non può essere ridotto con interventi futuri in quanto la zona oggetto del danno ha dimensioni esigue;

9. Il danno morale può essere quantificato in Euro 3.914,56 (1/3 del danno biologico temporaneo e permanente).

Il C.T.U.

Andrea Delle piane

Allegato a):

VERBALI DI INZIO OPERAZIONI PERITALI

In data 07/01/2005 alle 09.30 in Monza; Inizio Operazioni Peritali svolte in persona di: A.D., nata il 07/05/1983 a Monza (MI), e residente ivi alla Via Roma nr. 1; ID C.I. nr. AA/12345 del 05/09/2004. Professione: Studente; Nubile. C.F. AAA DDD 83E47 B123 X. Alla presenza del CTP di A.D. parte attrice e dei CTP dei convenuti A. SRL, P.F., M.G. e C.A.

Eseguiti:

E.O. generale della parte attrice e successivamente in stessa sede E.O. particolareggiato della lesione in oggetto alla presente causa.

Raccolta delle documentazioni sanitarie messe a disposizione dall'attrice (cartella clinica, referti successive visite ambulatoriali presso A. S.r.L., consulenza tecnica di parte.), dai convenuti (cartella clinica, referti successive visite ambulatoriali, cartella anestesiologicala, relazione di intervento, contratto assicurativo in essere tra P.F. e R. Ass.ni SpA consulenza tecnica di parte) e dalla A. S.r.L. (istruzioni operative di Sala Operatoria, Modalità di tutoraggio neo-assunti nelle varie Unità Operative, Istruzioni d'uso dell'elettrobisturi in uso nella

Sala Operatoria di A. S.r.L., contratto assicurativo in essere tra A.S.r.L. e R.
Ass.ni SpA, consulenza tecnica di parte).

Il C.T.U

Andrea Dellepiane

PERIZIA PENALE

Dott. Andrea Dellepiane

Infermiere Forense C.T.U.

Infermiere c/o DEA

A.O.U. San Martino Genova

Ill.mo GIUDICE

Tribunale Penale di Monza

Presidente Sez. Penale Dott.Forte

PERIZIA

PROCEDIMENTO PENALE N° 123456

Con per oggetto: richiesta condanna per lesioni personali (ex art. 590 c.p.)
da colpa professionale.

PREMESSA

Nell'Udienza del 10/12/2005 la S.V. Ill.ma G.U. del Tribunale Penale di MONZA, mi ha incaricato, quale Perito nella causa in epigrafe, a valutare fuori dalla presenza dell'Ufficio, il periziando A.D., allo scopo di rispondere con adeguata relazione scritta, ai Quesiti:

1. Quale sia la realtà, la natura e l'entità delle lesioni personali sofferte dalla parte lesa;
2. Quali siano state le cause o le concause che determinarono dette lesioni personali;
3. Se vi sia stata una condotta commissiva/omissiva negligente, o imprudente o imperita, o inosservante di leggi, regolamenti ecc. da parte di ciascuno degli imputati;

4. Quale sarebbe dovuto essere il modello alternativo “legis artis” nel caso concreto;
5. Se il comportamento dovuto ed omissivo avrebbe viceversa impedito l’evento;
6. Se, causatosi comunque l’evento di danno, il suo pronto riconoscimento avrebbe potuto impedire l’aggravarsi delle lesioni stesse;
7. Se sia dunque acclarata una colpa professionale di quanti eseguirono l’intervento (specificando per ciascuno degli imputati).

Mi si autorizzava al ritiro delle produzioni di parte. Si assegnava il termine di gg.60, dall’inizio delle operazioni peritali, per il deposito dell’Elaborato peritale. Disponeva altresì che il Perito, espletati accertamenti e visite, sottoponga alle parti ed ai CTP le bozze delle proprie conclusioni provvisorie, assegnando un termine di 20gg. per formulare richieste di chiarimenti e di integrazioni, cui risponderà in sede dibattimentale.

OPERAZIONI PERITALI

Inizio Operazioni Peritali a Monza il giorno 10/01/2005 alle ore 09:30:

svolte in persona di: A.D., nata il 07/05/1983 a Monza (MI), e residente ivi alla Via Roma nr. 1; ID C.I. nr. AA/12345 del 05/09/2004. Professione: Studente; Nubile. C.F. AAA DDD 83E47 B123 X.

Eseguiti:

E.O. generale della parte offesa e successivamente in stessa sede E.O. particolareggiato della lesione.

Raccolta delle documentazioni sanitarie e non, messe a disposizione dalla danneggiata (cartella clinica, referti successive visite ambulatoriali presso A.

S.r.L., perizia di parte.), dagli imputati (cartella clinica, referti successive visite ambulatoriali, cartella anestesiologicala, relazione di intervento, Perizia di Parte) e dalla A. S.r.L. (istruzioni operative di Sala Operatoria, Modalità di tutoraggio neo-assunti nelle varie Unità Operative, Istruzioni d'uso dell' elettrobisturi in uso nella Sala Operatoria di A. S.r.L.).

DATI E CIRCOSTANZE DEL FATTO

La danneggiata A.D. il giorno 24/10/2002 ebbe a sottoporsi ad un intervento chirurgico di "rinosettoplastica", presso la struttura di Monza della A. s.r.l. in occasione del quale ebbe a subire un'evidente lesione termica al secondo dito della mano destra.

Da relazione dell'intervento chirurgico si evince "... ustione 3° grado IFP (interfalangea prossimale) II dito mano destra da contatto. ...". Da quanto scritto sulla relazione di dimissione "... per l'ustione al II dito controlli ambulatoriali: medicazione tra 2 gg. Presso ns ambulatorio Evitare contatto con acqua, riposo articolare, arto in scarico, terapia medica ..." Prima visita ambulatoriale, "... miglioramento della lesione, pulita non presenza di stato infiammatorio. Controllo tra 4 gg. ..." successive visite, "miglioramento, medicazioni settimanali", Visita di controllo 20/12/2002 "... guarigione della lesione con esiti cicatriziali in sede IFP mediale II dito mano destra ...".

INDAGINI MEDICO-LEGALI

E.O. : perfette condizioni generali; buono stato di salute, vigile orientata nel tempo spazio e persone; al colloquio non emergono aspetti amplificativi, rivendicativi, né note di polarizzazione ideatoria.

Nella regione mediale del II dito della mano destra a livello interfalangeo

prossimale appare esito cicatriziale, di forma lineare di circa 2 cm di lunghezza e 0.2 cm di larghezza, di aspetto leggermente ipercromico rispetto al tessuto circostante, con residua una leggera limitazione funzionale ai massimi gradi di flessione e una difficoltà all'estensione pari a circa due gradi rispetto alla controlaterale.

CONSIDERAZIONI MEDICO-LEGALI

La pratica operatoria che necessita di utilizzo di "ELETTROBISTURI", prevede l'applicazione di una piastra neutra che crei la zona di scarico dell'elettricità emessa dall'elettrobisturi stesso, di superficie ampia in modo da evitare ustioni, come si evince dalle comuni istruzioni di utilizzo dei principali elettrobisturi in commercio. E' altresì indicato nelle istruzioni stesse come rischio principale la possibilità di ustione se non vengono messi in pratica accorgimenti necessari quali: la perfetta adesione della placca neutra alla cute dell'utente con eventualmente la rimozione di peli, che comprometterebbero l'adesione della placca stessa; viene raccomandato inoltre il perfetto isolamento da parti metalliche del lettino operatorio che potrebbero causare ustioni in quanto possono fungere da placca indifferente al posto della placca stessa, non avendone le caratteristiche qualitative. Inoltre una delle prime nozioni che si apprendono prestando la propria opera in una sala operatoria è la modalità di applicazione della piastra indifferente che è di responsabilità della figura professionale dell'infermiere di sala operatoria, ed il posizionamento del paziente, che nella pratica di rinosettoplastica è comunemente supina, sempre di responsabilità del professionista suddetto.

CONCLUSIONI

Per tutto quanto sopra esposto, a conclusione delle considerazioni medico-

legali espresse e motivate, ad analoghi quesiti così si risponde:

1. La lesione sofferta dalla danneggiata è: esito cicatriziale di ustione di terzo grado sulla faccia mediale dell' interfalange prossimale del II dito della mano destra;
2. Da quanto ricavato dalle principali istruzioni di utilizzo degli ELETTRICISTURI e dall'attenzione dovuta al posizionamento del paziente si evince che le cause principali della lesione sono da ricercare nel non corretto isolamento del paziente dal tavolo operatorio e nell'errata applicazione della piastra indifferente;
3. E' ravvisabile una condotta omissiva da parte dell'infermiera C.A., non ella ponendo la massima attenzione nell'applicare la piastra indifferente alla cute della danneggiata, come descritto sopra, quindi aumentando il rischio di provocare ustioni a A.D.. Contemporaneamente, non assicurandosi C.A. del perfetto isolamento del paziente da parti metalliche del lettino operatorio, per imperizia e negligenza, ha causato la lesione a A.D.. Per quanto concerne le responsabilità delle altre parti in causa non ravvisabile in quanto risulta di esclusiva competenza del professionista infermiere la pratica delle operazioni sopradescritte ;
4. Dopo attenta valutazione delle istruzioni contenute nei presidi elettromedicali "elettrobisturi" ed in particolare quello in uso nella A S.r.L. l'imputata C.A. avrebbe dovuto ispezionare in modo accurato la zona di apposizione della placca indifferente in modo che facesse perfetta aderenza alla cute; inoltre essendo la responsabile del posizionamento del paziente sul letto operatorio avrebbe dovuto diligentemente controllare che nessuna zona

cutanea fosse a contatto con parti metalliche dove sarebbe potuta crearsi una zona di rischio di ustione per la danneggiata;

5. Premettendo che anche alla più attenta preparazione del paziente a questa pratica può residuare un rischio minimo di ustione, dovuto a fattori indipendenti dalla condotta umana, si può dire che, nella presente fattispecie la messa in pratica degli accorgimenti dovuti durante il fatto stesso avrebbero permesso una riduzione del rischio di ustione quasi totale;

6. Una volta creatosi l'evento, un suo pronto riconoscimento avrebbe potuto impedire l'aggravarsi della lesione , in quanto l'ustione provocata sarebbe stata di entità minore, poiché il contatto causa la lesione ma fattore importante è anche dovuto al tempo di applicazione dell' energia alla zona di contatto;

7. Detto quanto sopra si può definire quanto segue:

Imputata C.A. per quanto detto al punto 3 è responsabile direttamente colei che ha omesso i controlli dovuti;

Imputato P.F. risulta esente da colpe professionali (vedi punto 3);

Imputata M.G. risulta esente da colpe professionali (vedi punto 3).

Il Perito

Andrea Dellepiane