



**Avv. Paolo Vinci  
& Associati**  
STUDIO LEGALE

# **VADEMECUM PER... LA SALVEZZA GIUDIZIARIA**

**a cura dell'avv. Paolo VINCI**

Via Rembrandt n. 47

*20147 MILANO*

Telefono 02 45471110

e – mail: [paolovinci@virgilio.it](mailto:paolovinci@virgilio.it)

Fax 02

45471108

web site [www.paolovinci.it](http://www.paolovinci.it)

Partita iva 04004910750

## I PARAGRAFO

### TRA OBBLIGO DI DENUNCIA E SEGRETO PROFESSIONALE

#### Introduzione

Lo psichiatra, al pari dello psicologo e dello psicoterapeuta, in presenza di determinate condizioni, ha l'obbligo di denuncia.

Tale obbligo è direttamente sancito dalla legge, dagli artt. 361, 362 e, con specifico riferimento all'attività professionale in esame, dall'art. 365 c.p..

Art. 361 c.p. – **Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale.**

*“Il pubblico ufficiale , il quale omette o ritarda di denunciare all’Autorità giudiziaria, o ad un’altra autorità che a quella abbia l’obbligo di riferirne, un reato di cui ha notizia nell’esercizio o a causa delle sue funzioni, è punito con la multa da € 30 a € 516.*

*...omissis...Le disposizioni precedenti non si applicano se si tratta di delitto punibile a querela della persona offesa”.*

Art. 362 c.p. – **Omessa denuncia da parte di un incaricato di pubblico servizio**

*“L’incaricato di un pubblico servizio, che omette o ritarda di denunciare all’autorità indicata nell’articolo precedente un reato del quale abbia avuto notizia nell’esercizio o a causa del servizio, è punibile con la multa fino a € 103.*

*Tale disposizione non si applica se si tratta di un reato punibile a querela della persona offesa né si applica ai responsabili delle comunità socio-riabilitative affidate per fatti commessi da persone tossicodipendenti affidate per l’esecuzione del programma definito da un servizio pubblico”.*

Art. 365 c.p. – **Omissione di referto.**

*“Chiunque, avendo nell’esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto pel quale si debba procedere d’ufficio, omette o ritarda di riferirne all’Autorità indicata nell’art. 361, è punito con la multa fino ad € 516. Questa*

*disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale”.*

Dalla lettura del dettato normativo si evince che il presupposto essenziale dell’obbligo di denuncia è la commissione di reati per i quali si debba procedere d’ufficio, quelli cioè per i quali non sia necessario che la persona offesa (la vittima) proponga querela affinché l’Autorità giudiziaria si attivi per accertarli e quindi reprimerli.

La regola generale, per cui in presenza dei suddetti reati si debba categoricamente informare l’Autorità Giudiziaria della *notizia criminis*, subisce delle deroghe in alcuni casi, e precisamente:

1. quando, per gli esercenti una professione sanitaria, la denuncia potrebbe esporre l’assistito a procedimento penale;
2. quando, per gli incaricati di pubblico servizio, gli stessi siano “responsabili delle comunità terapeutiche socio-riabilitative per fatti commessi da persone tossicodipendenti affidate per l’esecuzione del programma definito da un servizio pubblico”.

In questi casi il Legislatore ha ritenuto preminente l’interesse a tutelare il rapporto e, quindi, il programma terapeutico, esistente tra il sanitario ed il proprio paziente.

Nei casi in cui non ricorre l’obbligo di denuncia, l’esercente un’attività sanitaria ha invece l’obbligo di attenersi al segreto professionale, disciplinato dall’art. 622 c.p..

Art. 622 c.p. – **Rivelazione di segreto professionale:**

*“Chiunque, avendo notizia, per ragioni del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte, di un segreto, lo rivela, senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto, è punito, se dal fatto può derivare nocumento, con la reclusione fino ad un anno o con la multa da € 30 a € 516. ... omissis...Il delitto è punibile a querela della persona offesa”.*

La prefata norma pone un accento sull’importanza sociale del diritto d’ogni cittadino alla riservatezza di ciò che riguarda la sfera di intimità della propria persona.

Tenuti al segreto professionale sono i soggetti indicati dall’art. 200 c.p.p.

Art. 200 c.p.p. – **Segreto professionale**

*“Non possono essere obbligati a deporre su quanto hanno conosciuto per ragioni del proprio ministero, ufficio o professione, salvi i casi in cui hanno l’obbligo di riferirne all’autorità giudiziaria:*

- a) *i ministri di confessioni religiose, i cui statuti non contrastino con l’ordinamento giuridico italiano;*
- b) *gli avvocati, gli investigatori privati autorizzati, i consulenti tecnici e i notai;*

- c) *i medici e i chirurghi, i farmacisti, le ostetriche e ogni altro esercente una professione sanitaria,*  
d) *gli esercenti altri uffici o professioni ai quali la legge riconosce la facoltà di astenersi dal deporre determinata dal segreto professionale”.*

In linea teorica, sembrerebbe che il Legislatore ha tracciato in modo molto chiaro le linee guida alle quali fare riferimento per capire quando occorre attenersi al segreto professionale.

Nella concreta realtà, ad una lettura più attenta delle norme indicate e soprattutto da un raffronto di queste sia con il codice deontologico che con la prassi quotidiana, ci si rende conto che la varietà e la complessità delle situazioni concrete in alcuni casi non permettono di poter addivenire subito ad una soluzione guidata a priori, al contrario sembrano rendere più complesso la scelta circa il percorso da seguire: denunciare all’Autorità competente quanto appreso in occasione dello svolgimento della propria attività oppure rispettare il segreto professionale.

Lo scopo di questo piccolo *vademecum* è così quello di chiarire l’area dei comportamenti relativi al segreto professionale ed all’obbligo di denuncia, attraverso l’analisi dell’impianto normativo e degli obblighi giuridici che ne derivano. Prima di proseguire nell’esposizione, tuttavia, occorre fare una doverosa precisazione sul rapporto tra gli articoli in esame e quelli del Codice Deontologico, che si occupano del segreto professionale: gli articoli del Codice Deontologico, benché importante manifestazione dell’autonomia privata degli Ordini Professionali, sono una fonte normativa di grado secondario, che inevitabilmente soccombe rispetto a fonti normative di grado superiore, quali sono appunto il Codice Penale e quello di Procedura Penale.

Gli Psichiatri, psicologi e psicoterapeuti dovranno sempre tener presente tale considerazione, qualora (Si augura mai!) si trovassero nella condizione di dover rispondere in ambito giudiziario delle scelte operate in ambito lavorativo, dal momento che, nella valutazione dei fatti, il Giudice farà soprattutto riferimento alla disciplina dettata dal Legislatore.

### **Obbligo di denuncia**

Gli articoli 361, 362, 365 c.p. sono simili, in quanto la condotta punita nelle tre fattispecie è la stessa, consistente nell’omissione o ritardata denuncia all’Autorità giudiziaria di un reato di cui si ha avuto notizia nell’esercizio o a causa delle proprie funzioni.

Il Legislatore, mosso da encomiabile scrupolo analitico, ha voluto “*creare*” tre articoli differenti, diversificandoli a seconda del soggetto attivo, autore del reato, in altri termini, a seconda che il reato sia

commesso da pubblico ufficiale, da un incaricato di pubblico servizio o da un esercente una professione sanitaria.

E' pubblico ufficiale chi esercita una pubblica funzione ed in particolare suddetta qualifica va attribuita a quei soggetti che:

- concorrono a formare o formano la volontà dell'ente pubblico o lo rappresentino allo esterno,
- sono muniti di poteri autoritativi,
- sono muniti di poteri di certificazione.

Sicuramente, lo psichiatra, lo psicologo o lo psicoterapeuta che lavorino in una struttura pubblica possono rivestire la qualifica di pubblico ufficiale, nel momento in cui ad esempio richiedono od eseguono un TSO o un ASO, perché muniti del potere di certificazione.

L'incaricato di un pubblico esercizio è invece colui il quale svolge un'attività di carattere intellettuale, caratterizzata, quanto al contenuto, dalla mancanza di poteri autoritativi e certificativi, propri della pubblica funzione, purché non svolga semplici mansioni d'ordine, né presti opera meramente materiale.

L'esercente un'attività sanitaria è infine quel soggetto che si occupa direttamente del benessere psicofisico della persona. In merito a quest'ultima categoria erano sorti dei dubbi sulla possibilità di fare rientrare o meno lo psicologo tra gli esercenti una attività sanitaria, dal momento che lo psicologo non è considerato dall'art. 200 c.p.c. un soggetto tenuto al segreto professionale, né è contemplato dall'art. 99 del Testo Unico delle Professioni Sanitarie. Ad ogni buon conto, oggi, attraverso l'estensione operata dalla giurisprudenza, nonché attraverso una prassi ormai consolidata, si ritiene che anche lo psicologo sia un soggetto esercente attività sanitaria, in ragione del fatto che molte delle attività svolte da questi sono proprio di tipo sanitario.

Occorre tuttavia precisare che, quando un professionista rivesta il ruolo di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio accanto a quello di esercente una professione sanitaria, le prime qualifiche prevalgono sull'ultima, cosicché l'omissione di denuncia sarà riconducibile più esattamente agli art. 361 e 362 c.p., per quanto concerne l'entità della pena ivi prevista.

Altro aspetto da chiarire riguarda la condotta punita dagli articoli ora in esame: l'omissione è l'assoluta mancanza di denuncia, mentre si ha ritardo quando la denuncia è stata presentata dopo un tale lasso di tempo dalla notizia del fatto da nuocere in modo rilevante agli interessi della giustizia (è il caso di una denuncia fatta pochi giorni prima della prescrizione del reato, quando la notizia di questo risaliva a

molto tempo addietro).

Deve rammentarsi, però, come, in caso d'omissione della prescritta denuncia, affinché lo psichiatra, lo psicologo e lo psicoterapeuta possano essere chiamati a rispondere penalmente, occorra che la condotta sia accompagnata dal **dolo**, ossia occorre la coscienza e volontà di omettere o ritardare di riferire il fatto all'Autorità, circostanze escluse nel momento in cui, pur in presenza di un reato perseguibile d'ufficio, lo psichiatra, lo psicologo e lo psicoterapeuta abbiano ritenuto – sia pure erroneamente – che il delitto non sia stato commesso (cfr. Cassazione Penale, Sez. VI, sentenza del 18 settembre 1997, n. 68).

In merito all'oggetto della condotta, è altresì necessario rilevare che tutti e tre le norme indicate non fanno riferimento ad obblighi di segnalazione relativi a reati ipotetici: il Codice Penale impone di denunciare unicamente dei fatti criminosi effettivamente avvenuti e non anche le mere "intenzioni" di compiere fatti criminosi, benchè espresse dal paziente.

Come già affermato in precedenza, l'obbligo di denuncia viene meno:

- quando i reati non sono perseguibili d'ufficio, ma solo a querela di parte;
- quando, limitatamente agli esercenti una attività sanitaria, la denuncia esponga l'assistito a procedimento penale (evidentemente quando egli stesso è autore o co-autore del reato che si procederebbe a denunciare);
- quando gli incaricati di pubblico servizio siano responsabili di comunità terapeutiche socio-riabilitative e si tratti di fatti commessi da persone tossicodipendenti loro affidate per l'esecuzione del programma definito da un servizio pubblico.

### **Segreto professionale**

Lo psichiatra, lo psicologo e lo psicoterapeuta sono tenuti al segreto professionale, così come disciplinato dall'art. 200 c.p.c.; non possono, quindi, rivelare notizie apprese in ragione del loro rapporto professionale, nemmeno in una eventuale testimonianza processuale, a meno che non ci sia un esplicito consenso da parte del diretto interessato.

Apparentemente tale obbligo sembra essere in contrasto con l'obbligo di denuncia, appena trattato,

tuttavia non è così, proprio perché l'obbligo prescritto dagli art. 361, 362, 365 fa riferimento unicamente al caso in cui si venga a conoscenza di reati effettivamente commessi, per i quali si debba procedere d'ufficio.

In realtà il problema maggiore si pone nell'ipotesi in cui, ad esempio, un paziente confessa al proprio terapeuta l'intenzione di voler uccidere la propria fidanzata. In questo caso non vi sarebbe l'obbligo di denuncia, perché non è stato consumato alcun delitto.

Si pensi, tuttavia, proseguendo nell'esempio, se il paziente, una volta tornato a casa, uccida effettivamente la propria fidanzata. Il terapeuta che ha avuto la notizia in "anteprima" può essere ritenuto responsabile di quanto accaduto, nel momento in cui ha tenuto per sé tale notizia, o non può essergli addebitata alcuna colpa, in quanto tenuto al segreto professionale?

Ad una domanda siffatta è difficile dare una risposta immediata, certamente però è possibile fare una prima considerazione.

Il Codice Deontologico pone come principio supremo che gli psichiatri o gli psicologi devono osservare più di ogni altro, la tutela del benessere e della salute psicofisica del paziente e/o dei terzi.

Tale principio può ben essere considerato come criterio guida cui ispirarsi in situazioni come quella descritta nell'esempio, ove non sussiste l'obbligo di denuncia. Lo psichiatra, lo psicologo o lo psicoterapeuta, in presenza di sole dichiarazioni ostili, dovranno in primo luogo tutelare il benessere e la salute psicofisica del paziente e/o di terzi, valutando se sussiste in concreto il rischio di situazioni che prospettino gravi pericoli per vita.

L'Autorità giudicante da parte sua per addebitare una responsabilità in capo allo psichiatra, psicologo o psicoterapeuta, dovrà tener ben presente alcuni elementi fondamentali.

In primo luogo, è necessario considerare che il campo in cui operano tali soggetti non è quello di una scienza esatta, talché il giudizio che dovrà essere espresso dal giudice sarà necessariamente di tipo induttivo e farà leva sui canoni dell'elevata probabilità logica, dell'alto grado di credibilità razionale e della probabilità prossima alla certezza, solo in questo modo si potrà stabilire se un eventuale intervento del terapeuta poteva essere o meno salvifico.

In secondo luogo, il giudice dovrà valutare il rapporto instauratosi tra il sanitario ed il paziente. Se un soggetto ad esempio è semplicemente in cura presso uno psichiatra, nel valutare nei confronti di quest'ultimo l'eventuale sussistenza di profili di responsabilità per aver taciuto notizie che avrebbero

potuto scongiurare un qualche dramma, non si potrà prescindere anche dal fatto che lo psichiatra in questione non è in grado di sottoporre il paziente ad una continua e stretta sorveglianza, diversamente da quanto avviene nell'ipotesi di un paziente ricoverato presso una struttura, dove lo psichiatra è titolare dell'obbligo di protezione del bene della vita e dell'incolumità individuale del medesimo e di terzi.

In ragione di quanto fino ad ora evidenziato, si può affermare che il sanitario, quindi, sarà tanto più responsabilizzato quanto più il paziente sia potenzialmente pericoloso per sé ma anche per gli altri.

Un'altra considerazione che si può svolgere in merito, riguarda il fatto che, nel caso in cui sussistano reali motivi per ritenere che le minacce possano trasformarsi in comportamenti auto o eterolesivi, il sanitario, prima di fare una segnalazione a chi di dovere, può cercare di ottenere dal paziente il consenso informato, al fine di mettersi al riparo dal rischio di essere denunciato a sua volta per violazione del segreto professionale.

In particolare, il consenso prestato dal paziente dovrà consistere in un'espressa, scritta, manifestazione di volontà da parte di un soggetto in grado di ben valutare e decidere sull'argomento.

La strada del consenso informato va percorsa anche nel caso in cui vi sia l'obbligo di denuncia, anche per far sì che il paziente si assuma in prima persona la responsabilità di una eventuale segnalazione all'autorità di Pubblica Sicurezza.

Questo, evidentemente, non è un risultato facilmente raggiungibile, ma è comunque il primo che si deve cercare di perseguire.

Qualora poi tale consenso non venisse fornito, nel caso di reati effettivamente commessi, lo psichiatra, lo psicologo e lo psicoterapeuta, nello stabilire quale condotta tenere, si rifaranno agli articoli che disciplinano l'obbligo di denuncia; nel caso di semplici minacce, invece, il sanitario, come già precedentemente affermato, dovrà valutare attentamente se tali minacce siano riconducibili alla situazione della terapia, dove il paziente medesimo si sente più libero di esternare tutti i propri sentimenti, anche quelli più ostili, senza il timore di essere giudicato, oppure siano reali minacce, con un'alta probabilità di essere concretizzate.

In quest'ultima ipotesi gli strumenti che il sanitario potrà utilizzare per evitare la realizzazione delle minacce sono:

- avvertire le persone espressamente indicate dal paziente
- se il sanitario è psichiatra, può somministrare una terapia più incisiva, come quella

farmacologia,

- il ricovero obbligato, quale estrema ratio.

E' opportuno avvertire che, senza consenso del paziente, qualora si decidesse di rivelare quanto appreso in relazione all'attività svolta, al di fuori dei casi di obbligo di denuncia, si potrebbe essere accusati di aver violato il segreto professionale. Un'ancora di salvezza è però prevista dall'articolo appresso trattato.

### **Rivelazione di segreto professionale**

L'art. 622 c.p. stabilisce che sia punito chiunque, in ragione del proprio stato, ufficio, arte o professione, riveli un segreto senza giusta causa, o utilizzi tale segreto per conseguire un proprio o un altrui profitto, se dal fatto può derivare nocumento.

L'oggetto della tutela penale è l'interesse dello Stato a garantire la libertà e la sicurezza dei rapporti intimi e professionali, che si instaurano in conseguenza di un determinato bisogno.

Il segreto da tutelarsi deve concernere un fatto, un rapporto od una cosa riguardante la sfera intima della persona, ad esempio il corpo, la famiglia, la religione, le idee politiche, il patrimonio ecc.

Il reato di rivelazione del segreto professionale si configura unicamente quando la rivelazione è fatta senza giusta causa e quando dalla rivelazione può derivare nocumento.

I concetti di "giusta causa" e "nocumento" sono strettamente correlati tra di loro: la rivelazione di un segreto causerà nocumento, cioè un danno, ogni volta che non si potrà ravvisare a fondamento della rivelazione stessa una giusta causa, poiché in ambito giuridico il termine "nocumento" è utilizzato quale sinonimo di danno ingiusto.

In particolare, non sussiste giusta causa nel momento in cui il segreto viene rivelato al fine di ottenere per sé o per altri una vantaggio, di contro la rivelazione sarà giustificata quando sarà fatta con l'intento di salvaguardare un bene giuridicamente tutelato come ad esempio il bene della vita.

### **I delitti contro la libertà sessuale**

Se si sfoglia, anche velocemente, il Codice Penale, ci si accorgerà che la maggior parte dei reati ivi contemplati prevedono che si debba procedere d'ufficio, questo perché molti dei diritti tutelati hanno valenza generale ed il soggetto passivo su cui si ripercuote la condotta criminosa non è un singolo individuo, ma l'intera collettività.

Il diritto penale, infatti, poiché prevede la sanzione più drastica, la privazione della libertà, è l'unico

strumento di protezione, predisposto dal nostro ordinamento, in grado di prevenire e reprimere in modo adeguato la commissione di fatti socialmente dannosi, in vista della garanzia del mantenimento delle condizioni, necessarie per una civile e pacifica convivenza.

In questo libercolo, tuttavia, una particolare attenzione sarà rivolta ai reati di violenza sessuale, al fine di chiarire in quali casi, di fronte ad un reato che lede la libertà sessuale di una persona, si proceda d'ufficio o solo su querela del soggetto offeso.

Occorre premettere, innanzitutto, cosa intenda il Legislatore per "violenza sessuale". La violenza consiste nell'esercizio di una qualsiasi forza fisica, anche se non spinta al massimo della brutalità, diretta a vincere la resistenza opposta dalla vittima. In particolare, perché un comportamento si possa qualificare come violento, non è necessario impiegare tutta la propria forza, bastando che l'azione criminosa sia posta in essere in modo così insidiosamente rapido, tale da superare la contraria volontà della persona offesa.

Nelle norme, che si andrà appresso ad analizzare, la violenza è però connotata dall'aggettivo sessuale, in quanto nelle fattispecie in esame la violenza viene utilizzata al fine di costringere la vittima a compiere un atto sessuale.

Il concetto di "atto sessuale" ha subito una importante trasformazione per effetto della legge 15.12.1996 n. 66, recante "Norme contro la violenza sessuale", che ha radicalmente innovato tutta la relativa normativa.

La precedente disciplina considerava "atto sessuale" unicamente la "coniunzione carnale", che si ha ogni qual volta avvenga una qualsiasi compenetrazione tra organi genitali, o tra un organo genitale ed un altro organo, diversificandola così dagli "atti di libidine violenti", che si concretizzano in ogni forma di contatto corporeo, diversa dalla penetrazione, ma comunque in equivoca manifestazione di ebbrezza sessuale.

Il Legislatore con la L. 66/96 ha però inteso togliere distinzioni atte ad offendere ulteriormente la dignità della vittima, incentrando il disvalore della fattispecie non sul tipo di atto compiuto, ma sul fatto che tale atto non sia voluto dal soggetto che lo subisce.

Oggi, quindi, si definisce "atto sessuale" qualsiasi condotta che si concretizzi nella manifestazione esteriore di un istinto sessuale, in particolare devono includersi nella nozione di "atti sessuali" quegli atti indirizzati verso zone erogene e che siano idonei a compromettere la libera determinazione della libertà sessuale di un individuo, perché posti in essere attraverso l'utilizzo della costrizione, dell'abuso di

condizioni di inferiorità psichica e/o fisica.

I delitti contro la libertà sessuale sono delitti nei confronti dei quali si può procedere solo nel caso in cui il soggetto offeso proponga querela, tuttavia tale regola generale subisce delle deroghe, così come sancito dall'art. 609 *septies* c.p..

L'art. 609 *septies* c.p., "Querela di parte", stabilisce infatti che, per i reati previsti dagli artt. 609 *bis* e *quater* c.p. (rispettivamente "Violenza sessuale" e "Atti sessuali con minorenne") si debba procedere solo a fronte di querela di parte, salvo alcune eccezioni, che di seguito si andranno ad indicare nel dettaglio.

In linea generale, il Legislatore ha ritenuto di dover privilegiare la volontà della vittima, lasciando ad essa la decisione di rivolgersi o meno all'Autorità Giudiziaria, vi sono tuttavia dei casi particolarmente gravi, nei quali, per l'imaturità della vittima o per l'esistenza di particolari rapporti con il colpevole, è necessaria la previsione della procedibilità d'ufficio, dal momento che la volontà della vittima rischia di non potersi liberamente e consapevolmente determinare circa l'opportunità di chiedere la punizione del colpevole.

Le eccezioni previste dall'art. 609 *septies* c.p. sono così le seguenti:

- " se il fatto di cui all'art. 609 *bis* è commesso nei confronti di persona che al momento del fatto non ha compiuto gli anni diciotto;
- se il fatto è commesso dall'ascendente, dal genitore, anche adottivo,, o dal di lui convivente, dal tutore ovvero da altra persona cui il minore è affidato per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia o che abbia con esso una relazione di convivenza;
- se il fatto è commesso da un pubblico ufficiale o da un incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle proprie funzioni;
- se il fatto è connesso con un altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio;
- se il fatto è commesso nell'ipotesi di cui all'art. 609 *quater* ultimo comma" (art. 609 *quater* ultimo comma, "Atti sessuali con un minorenne", punisce chiunque compia atti sessuali con una persona minore di anni dieci).

La ragione dell'estensione della procedibilità d'ufficio ai delitti contro la libertà sessuale che siano connessi con altro delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, va individuata nel rilievo che l'accertamento di quest'ultimo delitto implica necessariamente l'accertamento degli altri.

Accanto alle eccezioni appena indicate ne sussistono altre due, previste dagli art. 609 *quinquies* e *octies*

c.p..

L'art. 609 *quinquies* c.p., « Corruzione di minorenni », punisce chiunque compia atti sessuali in presenza di un minore di anni quattordici, al fine di farlo assistere.

Sul concetto di atti sessuali ci si riporta a quanto già spiegato in precedenza, qui va solo aggiunto che parte della dottrina non ritiene atto sessuale la semplice esibizione degli organi genitali, qualunque sia la sua finalità.

E' opportuno altresì rilevare che perché ricorra tale fattispecie di reato si richiede la sola presenza del minore, qualora quest'ultimo invece sia coinvolto direttamente si farà riferimento ad altre fattispecie di reato.

L'art. 609 *octies* c.p., "Violenza sessuale di gruppo", punisce le ipotesi in cui vi è la partecipazione da parte di più persone ad atti di violenza sessuale.

Nei casi sopra elencati quindi, configurando essi reati perseguibili d'ufficio in base alla legislazione attualmente vigente, lo psichiatra, lo psicologo e lo psicoterapeuta che vengono a conoscenza nell'esercizio della loro attività (siano essi liberi professionisti o dipendenti di una struttura pubblica) hanno l'obbligo di presentare denuncia del fatto-reato di cui sono venuti a conoscenza all'Autorità giudiziaria.

Per tutte le residue ipotesi di abuso sessuale, viceversa, sono tenuti al segreto professionale, salvo che vi siano fondate ragioni per ritenere che "si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi", secondo quanto previsto dall'art. 13 del Codice Deontologico.

In merito all'individuazione dell'Autorità giudiziaria destinataria della denuncia, si precisa che si deve sporgere denuncia, quindi riferire la *notizia criminis*:

a) o direttamente al **Pubblico Ministero** presso la Procura della Repubblica, ubicata di norma **presso il Tribunale ordinario**, in modo tale da provocare subito l'avvio, da parte dello stesso Pubblico Ministero, delle indagini preliminari e l'eventuale adozione delle misure cautelari che potrebbero essere ritenute necessarie, oppure alla Polizia Giudiziaria, che a sua volta avrà poi l'obbligo di riferire all'Autorità Giudiziaria, ossia il P.M.;

b) nel caso in cui sia coinvolto un minore, anche al **Giudice minorile presso il Tribunale dei Minorenni**, al fine di permettere l'adozione urgente degli interventi indispensabili per la tutela del minore; essa dovrà essere sufficientemente dettagliata al fine di fornire al Giudice un contributo idoneo alla corretta adozione di tali provvedimenti, e dovrà quindi essere redatta come una vera e propria, anche se sintetica, relazione psicologica che fornisca almeno le principali informazioni relative ai fatti avvenuti, alla personalità del soggetto ed alle caratteristiche del suo ambiente familiare.

In questa sede, appare quanto mai opportuno soffermarsi sul delicato tema (in precedenza solo accennato) del cd. consenso informato, soffermandosi, in ossequio al taglio pratico del presente lavoro, soltanto sui presupposti indispensabili per ritenere assolto l'obbligo di informazione previsto dalla legge.

Volendo tentare una rapida elencazione di massima dei requisiti su cui vi è condivisione sia in dottrina che in giurisprudenza, può dirsi che il consenso deve essere: A) **espresso**: non può essere desunto *per facta concludentia* e non è sufficiente se tacito, pur non occorrendo formule sacramentali. E', comunque, preferibile che avvenga per iscritto, non solo perché in tal modo, in caso di contestazione, il medico è in grado di dimostrare agevolmente la sussistenza del consenso (sono stati espressi dei dubbi circa l'ammissibilità della prova testimoniale di colleghi del medico cui venga contestato l'inadempimento dell'obbligo informativo), ma anche perché, verosimilmente, risulterà di maggior semplicità l'apprendimento, da parte del paziente, delle numerose informazioni che il medico è tenuto a fornire. Si segnala, peraltro, come sia invalsa la regola, anche nella prassi ospedaliera, di impiegare la modulistica prestampata per acquisire il consenso: è evidente che il ricorso al modulo o all'atto scritto assolve alla regolare acquisizione del consenso soltanto quando essi riproducano, sia pure per sintesi, i termini del colloquio informativo che effettivamente il sanitario abbia avuto con il paziente, non potendo pensarsi di assimilarlo ad una sorta di "lasciapassare" o di "nulla-osta", frettolosamente sottoposto alla firma del paziente magari da personale paramedico delegato. E' riduttivo identificare il dovere di informazione del medico con la mera sottoscrizione di un questionario standard da parte del paziente;

B) **personale**: essendo espressione di autodeterminazione terapeutica, non appare ammissibile alcuna forma di rappresentanza, cosicché non può che provenire dalla persona che ha la disponibilità giuridica del bene protetto, vale dire il paziente; nessuna efficacia giuridica può essere riconosciuta alla volontà di terzi o degli stessi familiari (tranne che nell'ipotesi di esercizio della tutela o della potestà dei genitori, rispettivamente per il paziente incapace e per il paziente minore degli anni diciotto), i quali familiari,

tuttavia, con la loro testimonianza, potrebbero semmai contribuire a chiarire la volontà del paziente che non fosse *compos sui*; in questa situazione, la dichiarazione dei parenti non assumerebbe un valore vicario del consenso personale, ma potrebbe acquisire al più una funzione probatoria, se non puramente confermativa, della volontà del paziente precedentemente espressa;

C) **consapevole**: nel momento in cui viene espresso, il paziente deve essere capace di intendere e di volere; al riguardo, si rileva che in dottrina vi sono forti dubbi sulla validità del consenso anche allorquando lo stesso risulti formatosi in presenza di sofferenza acute;

D) **libero**: deve essere immune da coartazione, inganno o errore, e non deve essere contrario all'ordine pubblico ed al buon costume; in ogni caso, il consenso non è insindacabile né è traducibile in arbitraria volontà di fare del proprio corpo ciò che si desidera;

E) **preventivo**: deve precedere l'avvio del trattamento ed è suscettivo di revoca, con la precisazione che, se non vi è dubbio che la revoca sia sempre vincolante quando interviene prima che abbia inizio il trattamento, più problematica appare la validità della revoca che sopraggiunge durante lo svolgimento dello stesso: in quest'ultimo caso, infatti, può accadere che la revoca del consenso, magari dettata dalle sensazioni di dolore procurate dalla terapia, non corrisponda all'intima volontà del paziente e soprattutto determini una situazione di rischio per la sua salute, addirittura maggiore di quella in cui questi versava prima che avesse inizio l'attività medica;

F) **specifico**: deve riferirsi ad uno specifico scopo, vale a dire unicamente alla prestazione che viene prospettata al paziente; il che vuol dire, innanzitutto, che un intervento diverso da quello consentito non è legittimato, salvo che nei limiti in cui venga a configurarsi una situazione riconducibile allo stato di necessità; né pare potersi però escludere la validità di una manifestazione di volontà adesiva a più largo raggio, o anche a raggio indeterminato, come può verificarsi allorché, informato dal medico della eventualità della possibile individuazione, nel corso della operazione, di ulteriori patologie allo stato non diagnosticabili, il paziente acconsenta preventivamente all'intervento anche relativamente ad esse; ciò che rimane importante, nello spirito della regola del consenso, è che il paziente esprima *cognita causa* la sua volontà, che potrebbe allora ben essere anche quella di rimettersi totalmente alle valutazioni ed alle decisioni del medico, attesa la assoluta personalizzazione del rapporto fiduciario; peraltro, nel caso di trattamenti terapeutici ciclici – cioè quelle attività mediche che richiedono la ripetizione in un dato arco temporale di attività mediche analoghe, aventi i medesimi fattori di rischio – una volta espresso sulla

base di un'informazione completa e relativa allo svolgimento dell'intera terapia, il consenso iniziale non deve essere di volta in volta rinnovato, anche ove il medico, che esegue una fase della terapia, sia diverso da quello che all'inizio del trattamento ha ricevuto il consenso espresso.

Il consenso deve essere di regola acquisito da parte del medico che eseguirà il trattamento, potendo peraltro ipotizzarsi, in caso di prestazione che avvenga all'interno di strutture complesse, che il soggetto apicale possa delegarne l'acquisizione a qualsiasi medico del servizio di cui è responsabile (anche diverso dal medico che interverrà), il quale si adeguerà alle direttive opportunamente dettate quanto alla forma ed alle modalità dell'atto di ricezione, nonché all'ampiezza della stessa informazione da rendere; il punto merita però attenzione, poiché il meccanismo della delega rischia di vanificare la finalità dell'informazione tutte le volte in cui il soggetto delegato non sia in grado di assolvere alla funzione affidatagli, ovvero nelle ipotesi in cui il delegato si limiti a ripetere verbalmente quanto è scritto in qualche opuscolo offerto in lettura al paziente; la delega avrà valore solo allorché il soggetto delegato sia anch'egli un medico dotato di una diretta competenza allo svolgimento della specifica terapia che illustra al paziente, e sempre che, a sua richiesta, il paziente possa conferire direttamente con il medico che effettuerà il trattamento terapeutico.

Qualora l'attività sanitaria si articoli in varie fasi, ciascuna delle quali presenti rischi specifici e distinti (si pensi alla sequela: accertamenti diagnostici, pratica di anestesia, intervento chirurgico), il consenso dovrà essere acquisito dal sanitario preposto ad ogni singola fase. Peraltro, mette conto rimarcare che il consenso solitamente non è dato *ad personam*, nel senso che non può essere condizionato alla esecuzione della prestazione da parte di un determinato sanitario, e permette la fungibilità; ma non possono escludersi casi in cui sia la particolare delicatezza della prestazione medica (si pensi proprio ad un difficilissimo intervento sul cuore), sia l'espressa condizione apposta dal paziente (che si sottoponga al trattamento solo a condizione che venga praticato dal medico da lui indicato), costituiscano un limite alla possibilità della sostituzione.

Come già anticipato, il consenso deve essere conseguente ad adeguata informazione, da rendersi secondo linguaggio chiaro e comprensibile, graduato al livello culturale del paziente. In effetti, se non si vogliono banalizzare il significato e le funzioni del "consenso informato", occorre ritagliare il dovere di informazione in base al parametro relativo del bisogno di conoscenza espresso in concreto dal paziente. Il medico deve fornire al paziente tutti gli elementi comparativi che gli permettano di effettuare la scelta: il

*quantum* di informazione doverosa va individuato cioè attraverso un criterio finalistico che esalta la funzione strumentale dell'informazione rispetto alla consapevole autodeterminazione terapeutica.

In questa prospettiva, il medico sarà tenuto a fornire quel complesso di informazioni necessarie affinché il paziente, tenuto conto del suo livello culturale, possa comprendere la situazione clinica e decidere consapevolmente; l'impegno che il medico dovrà approfondire nell'informazione sarà quindi diverso a seconda che il paziente sia ad esempio un suo collega, ovvero un soggetto dotato di modeste conoscenze mediche, magari caratterizzato pure da una forte emotività.

Come già detto, l'informazione adeguata è quella che pone il paziente in grado di conoscere diagnosi e prognosi, metodi di cura a disposizione, nonché di valutare ogni tipo di rischio (ma non anche degli esiti anomali ai limiti del fortuito: la Suprema Corte ha infatti affermato che l'informazione concernente le conseguenze deve avere ad oggetto soltanto quelle tipiche, cioè quelle prevedibili secondo l'*id quod plerumque accidit*; invero una informazione eccessiva potrebbe infatti suscitare nel paziente timori ingiustificati e tali da indurlo a non sottoporsi al trattamento) e le prospettive della prestazione. Proprio in merito all'estensione dell'obbligo di informazione, si discute se essa debba comprendere tutti i metodi di cura – frutto di protocolli scientifici – ovvero solo quello ritenuto adeguato dal medico curante rispetto alla malattia diagnosticata; secondo taluni il consenso effettivamente consapevole deva esse completo, nel senso che al paziente vanno o prospettati tutti i possibili metodi di cura – corredati dalle rispettive percentuali di guarigione e dei rischi connessi alla loro durata – in modo che quest'ultimo possa, con l'ausilio tecnico del sanitario, determinarsi verso l'una o l'altra delle scelte possibili, attraverso una cosciente valutazione dei rischi relativi e dei corrispondenti vantaggi. Si discute altresì sull'opportunità di una parziale deroga ad una informazione siffatta di fronte ad una prognosi grave nella consapevolezza che, avuto riguardo al soggetto, l'informazione sarebbe controproducente per lo stesso esito della terapia. Comunque, affinché l'informazione possa dirsi completa è sufficiente che il paziente sia stato messo al corrente di quegli elementi del quadro clinico necessari o anche solo utili per una sua scelta ragionevole; il medico non ha l'obbligo, invece, di assecondare richieste di spiegazione su dati meramente tecnici che, attenendo esclusivamente alle modalità esecutive della terapia, non presentano alcuna incidenza sui fattori di rischio e di successo del trattamento medico.

L'informazione del paziente, oltre che adeguata, deve essere veritiera in relazione sia alla diagnosi, sia alla prognosi, che vanno prospettate al soggetto assistito con realismo e tenendo conto – nei limiti del

possibile – dei dati statistici di cui dispone la scienza medica circa le possibilità di riuscita della terapia. Naturalmente, ciò non significa che il medico sia obbligato a un atteggiamento di brutale franchezza, tale da sconvolgere o addirittura scoraggiare il paziente. Pur senza alterare la rappresentazione del quadro clinico e delle sue possibili evoluzioni, nel fornire l'informazione doverosa il medico è tenuto al rispetto di determinate modalità, idonee ad assicurare una decisione del paziente serena e, conseguentemente, una valida formazione del suo consenso alla terapia; con ciò non si esclude che si possano profilare situazioni in cui l'informazione del paziente risulti addirittura pericolosa per la sua salute: si pensi ad un soggetto cardiopatico e fortemente emotivo, che rischi di essere seriamente danneggiato dallo stress emotivo connesso alla conoscenza del suo quadro clinico.

In tali ipotesi il dovere di informare entra in conflitto con un altro fondamentale dovere giuridico e deontologico che grava sul medico, qual è quello di non pregiudicare la salute del paziente.

Ebbene, per inquadrare correttamente la questione, è necessario distinguere a seconda che l'intervento terapeutico risulti o meno indifferibile: infatti, solo quando l'atto medico non appaia rinviabile, la mancanza di un'informazione adeguata e l'invalidità del consenso eventualmente prestato dal paziente non determinano l'illegittimità dell'atto medico.

Diversamente, ove l'intervento terapeutico sia differibile, il dovere di informazione persiste inalterato, talché la particolare vulnerabilità emotiva del paziente rileverà unicamente sul piano, già considerato, della scelta del momento in cui è più opportuno porgere le informazioni e del tatto necessario con cui il medico deve compiere il proprio dovere informativo.

In tale angolazione prospettiva, viene in rilievo il momento in cui fornire l'informazione e acquisire il consenso: infatti, l'importanza dell'informazione e il valore del consenso risultano grandemente scemati se intervengono in un frangente in cui il paziente versa in una condizione di notevole sofferenza; ne consegue che, ove il sopraggiungere di uno stadio acuto di dolori sia prevedibile, il medico ha il dovere di anticipare l'attività di informazione e la stessa richiesta del consenso, di modo che il paziente possa effettuare le sue valutazioni come meglio è possibile.

Inoltre, va evidenziato che il consenso informato in vista di un intervento chirurgico o di altra terapia specialistica o accertamento diagnostico invasivi, non riguardano soltanto i rischi oggettivi e tecnici in relazione alla situazione soggettiva e allo stato dell'arte della disciplina, ma riguardano anche la concreta, magari momentaneamente carente situazione ospedaliera, in rapporto alle dotazioni e alle attrezzature, e

al loro regolare funzionamento, in modo che il paziente possa non soltanto decidere se sottoporsi o meno all'intervento, ma anche se farlo in quella struttura ovvero chiedere di trasferirsi in un'altra.

Va infine sottolineato come – fermo restando che il consenso informato è necessario per qualunque attività medica – lo standard di informazione necessaria varia a seconda dell'incidenza del singolo atto medico sulla salute del paziente: in altre parole, la completezza dell'informazione deve essere direttamente e proporzionalmente rapportata all'importanza dei beni coinvolti e dei coefficienti di rischio dell'atto medico, cosicché la sussistenza del consenso informato non potrà che essere apprezzata bilanciando il diritto all'informazione del paziente sia con l'incidenza del trattamento terapeutico sui beni della persona, sia con i coefficienti di rischio insiti nello specifico trattamento terapeutico.

## II PARAGRAFO

### CODICE PENALE – articoli interessati

**Libro secondo: DEI DELITTI IN PARTICOLARE**

**Titolo I: DEI DELITTI CONTRO LA PERSONALITA' DELLO STATO**

**Capo I: DEI DELITTI CONTRO LA PERSONALITA' INTERNAZIONALE DELLO STATO**

*Art. 241 Attentati contro la integrità, l'indipendenza e l'unità dello Stato*

*Art. 242 Cittadino che porta le armi contro lo Stato italiano*

*Art. 243 Intelligenze con lo straniero a scopo di guerra. contro lo Stato italiano*

*Art. 246 Corruzione del cittadino da parte dello straniero*

*Art. 247 Favoreggiamento bellico*

*Art. 248 Somministrazione al nemico di provvigioni*

*Art. 249 Partecipazione a prestiti a favore del nemico*

*Art. 250 Commercio col nemico*

*Art. 251 Inadempimento di contratti di forniture in tempo di guerra*

*Art. 252 Frode in forniture in tempo di guerra*

*Art. 253 Distruzione o sabotaggio di opere militari*

*Art. 254 Agevolazione colposa*

*Art. 255 Soppressione, falsificazione o sottrazione di atti o documenti concernenti la sicurezza dello Stato*

*Art. 256 Procacciamento di notizie concernenti la sicurezza dello Stato*

*Art. 257 Spionaggio politico o militare*

*Art. 258 Spionaggio di notizie di cui è stata vietata la divulgazione*

*Art. 259 Agevolazione colposa*

*Art. 260 Introduzione clandestina in luoghi militari e possesso ingiustificato di mezzi di spionaggio*

*Art. 261 Rivelazione di segreti di Stato*

*Art. 262 Rivelazione di notizie di cui sia stata vietata la divulgazione*

*Art. 263 Utilizzazione dei segreti di Stato*

*Art. 264 Infedeltà in affari di Stato*

*Art. 266 Istigazione di militari a disobbedire alle leggi*

*Art. 270 Associazioni sovversive*

*Art. 270 bis Associazioni con finalità di terrorismo e di eversione dell'ordine democratico*

*Art. 270 ter Assistenza agli associati*

*Art. 270 quater Arruolamento anche con finalità di terrorismo anche internazionale*

*Art. 270 quinquies Addestramento ad attività con finalità di terrorismo anche internazionale*

*Art. 270 sexies Condotte con finalità di terrorismo*

*Art. 271 Associazioni antinazionali*

**Capo II: DEI DELITTI CONTRO LA PERSONALITÀ INTERNA DELLO STATO**

*Art. 276 Attentato contro il Presidente della Repubblica*

*Art. 280 Attentato per finalità terroristiche o di eversione*

*Art. 280 bis Atto di terrorismo con ordigni micidiali o esplosivi*

*Art. 283 Attentato contro la costituzione dello Stato*

*Art. 284 Insurrezione armata contro i poteri dello Stato*

*Art. 285 Devastazione, saccheggio e strage*

*Art. 286 Guerra civile*

*Art. 289 Attentato contro gli organi costituzionali e contro le assemblee regionali*

*Art. 289 bis Sequestro di persona a scopo di terrorismo o di eversione*

*Art. 291 Vilipendio alla nazione italiana*

*Art. 292 Vilipendio alla bandiera o ad altro emblema dello Stato*

**Capo III: DEI DELITTI CONTRO I DIRITTI POLITICI DEL CITTADINO**

*Art. 294 Attentati contro i diritti politici del cittadino*

**Capo IV: DEI DELITTI CONTRO GLI STATI ESTERI I LORO CAPI E I LORO RAPPRESENTANTI**

*Art. 295 Attentato contro i Capi di Stati esteri*

**Capo V: DISPOSIZIONI GENERALI E COMUNI AI CAPI PRECEDENTI**

*Art. 302 Istigazione a commettere alcuno dei delitti preveduti nei capi primo e secondo*

*Art. 304 Cospirazione politica mediante accordo*

*Art. 305 Cospirazione politica mediante associazione*

*Art. 306 Banda armata: formazione e partecipazione*

*Art. 307 Assistenza ai partecipi di cospirazione o di banda armata*

**Titolo II: DEI DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**  
**Capo I: DEI DELITTI DEI PUBBLICI UFFICIALI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

*Art. 314 Peculato*

*Art. 316 Peculato mediante profitto dell'errore altrui*

*Art. 316 bis Malversazione a danno dello Stato*

*Art. 317 Concussione*

*Art. 318 Corruzione per un atto d'ufficio*

*Art. 319 Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio*

*Art. 319 bis Circostanze aggravanti*

*Art. 319 ter Corruzione in atti giudiziari*

*Art. 320 Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio*

*Art. 321 Pene per il corruttore*

*Art. 322 Istigazione alla corruzione*

*Art. 323 Abuso d'ufficio*

*Art. 325 Utilizzazione d'invenzioni o scoperte conosciute per ragioni di ufficio*

*Art. 326 Rivelazione ed utilizzazione di segreti di ufficio*

*Art. 328 Rifiuto di atti di ufficio. Omissione*

*Art. 329 Rifiuto o ritardo di obbedienza commesso da un militare o da un agente della forza pubblica*

*Art. 331 Interruzione di un servizio pubblico o di pubblica necessita'*

*Art. 334 Sottrazione o danneggiamento di cose sottoposte a sequestro disposto nel corso di un procedimento penale o dall'autorita' amministrativa*

*Art. 335 Violazione colposa di doveri inerenti alla custodia di cose sottoposte a sequestro disposto nel corso di un procedimento penale o dall'autorità amministrativa*

## **Capo II: DEI DELITTI DEI PRIVATI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

*Art. 336 Violazione o minaccia a un pubblico ufficiale*

*Art. 337 Resistenza a un pubblico ufficiale*

*Art. 337 bis Occultamento, custodia o alterazione di mezzi di trasporto*

*Art. 338 Violenza o minaccia ad un Corpo politico, amministrativo o giudiziario*

*Art. 339 Circostanze aggravanti*

*Art. 340 Interruzione di un ufficio o servizio pubblico o di un servizio di pubblica necessità'*

*Art. 342 Oltraggio a un Corpo politico, amministrativo o giudiziario*

*Art. 343 Oltraggio a un magistrato in udienza*

*Art. 346 Millantato credito*

*Art. 347 Usurpazione di funzioni pubbliche*

*Art. 348 Abusivo esercizio di una professione*

*Art. 349 Violazione di sigilli*

*Art. 350 Agevolazione colposa*

*Art. 351 Violazione della pubblica custodia di cose*

*Art. 353 Turbata libertà degli incanti*

*Art. 354 Astensione dagli incanti*

*Art. 355 Inadempimenti di contratti di pubbliche forniture*

*Art. 356 Frode nelle pubbliche forniture*

## **Capo III: DISPOSIZIONI COMUNI AI CAPI PRECEDENTI**

*Art. 357 Nozione del pubblico ufficiale*

*Art. 358 Nozione della persona incaricata di un pubblico servizio*

*Art. 359 Persone esercenti un servizio di pubblica necessità'*

*Art. 360 Cessazione della qualità di pubblico ufficiale*

## **Titolo III: DEI DELITTI CONTRO L'AMMINISTRAZIONE DELLA GIUSTIZIA**

### **Capo I: DEI DELITTI CONTRO L'ATTIVITÀ GIUDIZIARIA**

*Art. 361 Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale*

*Art. 362 Omessa denuncia da parte di un incaricato di pubblico servizio*

*Art. 363 Omessa denuncia aggravata*

*Art. 364 Omessa denuncia di reato da parte del cittadino*

*Art. 365 Omissione di referto*

*Art. 366 Rifiuto di uffici legalmente dovuti*

*Art. 367 Simulazione di reato*

*Art. 368 Calunnia*

*Art. 369 Autocalunnia*

*Art. 371 Falso giuramento della parte*

*Art. 371 bis False informazioni al pubblico ministero*

*Art. 371 ter False dichiarazioni al difensore.*

*Art. 372 Falsa testimonianza*

*Art. 373 Falsa perizia o interpretazione*

*Art. 374 Frode processuale*

*Art. 374 bis False dichiarazioni o attestazioni in atti destinati all'autorità giudiziaria*

*Art. 375 Circostanze aggravanti*

*Art. 377 Subornazione*

*Art. 377 bis Induzione a non rendere dichiarazioni o a rendere dichiarazioni mendaci all'autorità giudiziaria.*

*Art. 378 Favoreggiamento personale*

*Art. 379 Favoreggiamento reale*

*Art. 379 bis Rivelazione di segreti inerenti a un procedimento penale*

*Art. 380 Patrocinio o consulenza infedele*

*Art. 381 Altre infedeltà del patrocinatore o del consulente tecnico*

*Art. 382 Millantato credito del patrocinatore*

*Art. 383 Interdizione dai pubblici uffici*

*Art. 384 Casi di non punibilità*

**Capo II: DEI DELITTI CONTRO L'AUTORITÀ DELLE DECISIONI GIUDIZIARIE**

*Art. 385 Evasione*

*Art. 386 Procurata evasione*

*Art. 387 Colpa del custode*

*Art. 388 ter Mancata esecuzione dolosa di sanzioni pecuniarie*

*Art. 389 Inosservanza di pene accessorie*

*Art. 390 Procurata inosservanza di pena*

*Art. 391 Procurata inosservanza di misure di sicurezza*

**Titolo IV: DEI DELITTI CONTRO IL SENTIMENTO RELIGIOSO E CONTRO LA  
PIETA' DEI DEFUNTI**

**Capo I: DEI DELITTI CONTRO LE CONFESIONI RELIGIOSE**

*Art. 402 Vilipendio della religione dello Stato*

*Art. 403 Offese a una confessione religiosa mediante vilipendio di  
persone*

*Art. 404 Offese a una confessione religiosa mediante vilipendio di  
cose*

*Art. 405 Turbamento di funzioni religiose del culto di una confessione religiosa*

**Capo II: DEI DELITTI CONTRO LA PIETA' DEI DEFUNTI**

*Art. 407 Violazione di sepolcro*

*Art. 408 Vilipendio delle tombe*

*Art. 409 Turbamento di un funerale o servizio funebre*

*Art. 410 Vilipendio di cadavere*

*Art. 411 Distruzione, soppressione o sottrazione di cadavere*

*Art. 412 Occultamento di cadavere*

*Art. 413 Uso illegittimo di cadavere*

**Titolo V: DEI DELITTI CONTRO L'ORDINE PUBBLICO**

*Art. 414 Istigazione a delinquere*

*Art. 415 Istigazione a disobbedire alle leggi*

*Art. 416 Associazione per delinquere*

*Art. 416 bis Associazione di tipo mafioso*

*Art. 416 ter Scambio elettorale politicomafioso*

*Art. 418 Assistenza agli associati*

*Art. 419 Devastazione e saccheggio*

*Art. 420 Attentato a impianti di pubblica utilità*

*Art. 421 Pubblica intimidazione*

**Titolo VI: DEI DELITTI CONTRO L'INCOLUMITA' PUBBLICA**  
**Capo I: DEI DELITTI DI COMUNE PERICOLO MEDIANTE VIOLENZA**

*Art. 422 Strage*

*Art. 423 Incendio*

*Art. 423 bis Incendio boschivo*

*Art. 424 Danneggiamento seguito da incendio*

*Art. 426 Inondazione, frana o valanga*

*Art. 427 Danneggiamento seguito da inondazione, frana o valanga*

*Art. 428 Naufragio, sommersione o disastro aviatorio*

*Art. 429 Danneggiamento seguito da naufragio*

*Art. 430 Disastro ferroviario*

*Art. 431 Pericolo di disastro ferroviario causato da danneggiamento*

*Art. 432 Attentati alla sicurezza dei trasporti*

*Art. 433 Attentati alla sicurezza degli impianti di energia elettrica e del gas, ovvero delle pubbliche comunicazioni*

*Art. 434 Crollo di costruzioni o altri disastri dolosi*

*Art. 435 Fabbricazione o detenzione di materie esplosive*

*Art. 436 Sottrazione, occultamento o guasto di apparecchi a pubblica difesa da infortuni*

*Art. 437 Rimozione od omissione dolosa di cautele contro infortuni sul lavoro*

**Capo II: DEI DELITTI DI COMUNE PERICOLO MEDIANTE FRODE**

*Art. 438 Epidemia*

*Art. 439 Avvelenamento di acque o di sostanze alimentari*

*Art. 440 Adulterazione e contraffazione di sostanze alimentari*

*Art. 441 Adulterazione e contraffazione di altre cose in danno della pubblica salute*

*Art. 442 Commercio di sostanze alimentari contraffatte o adulterate*

*Art. 443 Commercio o somministrazione di medicinali guasti*

*Art. 444 Commercio di sostanze alimentari nocive*

*Art. 445 Somministrazione di medicinali in modo pericoloso per la salute pubblica*

### **Capo III: DEI DELITTI COLPOSI DI COMUNE PERICOLO**

*Art. 449 Delitti colposi di danno*

*Art. 450 Delitti colposi di pericolo*

*Art. 451 Omissione colposa di cautele o difese contro disastri o infortuni sul lavoro*

*Art. 452 Delitti colposi contro la salute pubblica*

### **Titolo VII: DEI DELITTI CONTRO LA FEDE PUBBLICA**

#### **Capo I: DELLA FALSITA' IN MONETE, IN CARTE DI PUBBLICO CREDITO E IN VALORI DI BOLLO**

*Art. 453 Falsificazione di monete, spendita e introduzione nello Stato, previo concerto, di monete falsificate*

*Art. 454 Alterazione di monete*

*Art. 455 Spendita e introduzione nello Stato, senza concerto, di monete falsificate*

*Art. 457 Spendita di monete falsificate ricevute in buona fede*

*Art. 459 Falsificazione di valori di bollo, introduzione nello Stato, acquisto, detenzione o messa in circolazione di valori di bollo falsificati*

*Art. 460 Contraffazione di carta filigranata in uso per la fabbricazione di carte di pubblico credito o di valori di bollo*

*Art. 461 Fabbricazione o detenzione di filigrane o di strumenti destinati alla falsificazione di monete, di valori di bollo o di carta filigranata*

*Art. 462 Falsificazione di biglietti di pubblica impresa di trasporto*

*Art. 464 Uso di valori di bollo contraffatti o alterati*

#### **Capo II: DELLA FALSITA' IN SIGILLI O STRUMENTI O SEGNI DI AUTENTICAZIONE, CERTIFICAZIONE O RICONOSCIMENTO**

*Art. 467 Contraffazione del sigillo dello Stato e uso del sigillo contraffatto*

*Art. 468 Contraffazione di altri pubblici sigilli o strumenti destinati a pubblica autenticazione o certificazione e uso di tali sigilli o strumenti contraffatti*

*Art. 469 Contraffazione delle impronte di una pubblica*

*autenticazione o certificazione*

*Art. 470 Vendita o acquisto di cose con impronte contraffatte di una pubblica autenticazione o certificazione*

*Art. 471 Uso abusivo di sigilli e strumenti veri*

*Art. 472 Uso e detenzione di misure o pesi con falsa impronta*

*Art. 473 Contraffazione, alterazione o uso di segni distintivi di opere dell'ingegno o di prodotti industriali*

*Art. 474 Introduzione nello Stato e commercio di prodotti con segni falsi*

### **Capo III: DELLA FALSITA' IN ATTI**

*Art. 476 Falsita' materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici*

*Art. 477 Falsita' materiale commessa dal pubblico ufficiale in certificati o autorizzazioni amministrative*

*Art. 478 Falsita' materiale commessa dal pubblico ufficiale in copie autentiche di atti pubblici o privati e in attestati del contenuto di atti*

*Art. 479 Falsita' ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici*

*Art. 480 Falsita' ideologica commessa dal pubblico ufficiale in certificati o in autorizzazioni amministrative*

*Art. 481 Falsita' ideologica in certificati commessa da persone esercenti un servizio di pubblica necessita'*

*Art. 482 Falsita' materiale commessa dal privato*

*Art. 483 Falsita' ideologica commessa dal privato in atto pubblico*

*Art. 484 Falsita' in registri e notificazioni*

*Art. 485 Falsita' in scrittura privata*

*Art. 486 Falsita' in foglio firmato in bianco. Atto privato*

*Art. 487 Falsita' in foglio firmato in bianco. Atto pubblico*

*Art. 488 Altre falsita' in foglio firmato in bianco. Applicabilita' delle disposizioni sulle falsita' materiali*

*Art. 489 Uso di atto falso*

*Art. 490 Soppressione, distruzione e occultamento di atti veri*

*Art. 491 Documenti equiparati agli atti pubblici agli effetti della pena*

*Art. 491 bis Documenti informatici*

*Art. 493 Falsita' commesse da pubblici impiegati incaricati di un servizio pubblico*

*Art. 493 bis Casi di perseguibilita' a querela*

#### **Capo IV: DELLA FALSITA' PERSONALE**

*Art. 494 Sostituzione di persona*

*Art. 495 Falsa attestazione o dichiarazione a un pubblico ufficiale sulla identita' o su qualita' personali proprie o di altri*

*Art. 496 False dichiarazioni sulla identita' o su qualita' personali proprie o di altri*

*Art. 497 Frode nel farsi rilasciare certificati del casellario giudiziale e uso indebito di tali certificati*

*Art. 497 bis Possesso e fabbricazione di documenti di identificazione falsi*

*Art. 497 bis Possesso di segni distintivi contraffatti*

### **Titolo VIII: DEI DELITTI CONTRO L'ECONOMIA PUBBLICA, L'INDUSTRIA E IL COMMERCIO**

#### **Capo I: DEI DELITTI CONTRO L'ECONOMIA PUBBLICA**

*Art. 499 Distruzione di materie prime o di prodotti agricoli o industriali ovvero di mezzi di produzione*

*Art. 500 Diffusione di una malattia delle piante o degli animali*

*Art. 501 Rialzo e ribasso fraudolento di prezzi sul pubblico mercato o nelle borse di commercio*

*Art. 501 bis Manovre speculative su merci*

*Art. 503 Serrata e sciopero per fini non contrattuali*

*Art. 504 Coazione alla pubblica Autorita' mediante serrata o sciopero*

*Art. 507 Boicottaggio*

*Art. 508 Arbitraria invasione e occupazione di aziende agricole o industriali. Sabotaggio*

#### **Capo II: DEI DELITTI CONTRO L'INDUSTRIA E IL COMMERCIO**

*Art. 513 bis Illecita concorrenza con minaccia o violenza*

*Art. 514 Frodi contro le industrie nazionali*

*Art. 515 Frode nell'esercizio del*

*commercio*

*Art. 516 Vendita di sostanze alimentari non genuine come genuine*

*Art. 517 Vendita di prodotti industriali con segni mendaci*

**Titolo IX: DEI DELITTI CONTRO LA MORALITA' PUBBLICA E IL BUON COSTUME**

**Capo II: DELLE OFFESE AL PUDORE E ALL'ONORE SESSUALE**

*Art. 527 Atti osceni*

**Titolo IX bis: DEI DELITTI CONTRO IL SENTIMENTO PER GLI ANIMALI**

*Art. 544 bis Uccisione di animali*

*Art. 544 ter Maltrattamento di animali*

*Art. 544 quater Spettacoli o manifestazioni vietate*

*Art. 544 quinquies Divieto di combattimento tra animali*

**Titolo XI: DEI DELITTI CONTRO LA FAMIGLIA**

**Capo I: DEI DELITTI CONTRO IL MATRIMONIO**

*Art. 556 Bigamia*

*Art. 558 Induzione al matrimonio mediante inganno*

**Capo II: DEI DELITTI CONTRO LA MORALE FAMILIARE**

*Art. 564 Incesto*

*Art. 565 Attentati alla morale familiare commessi col mezzo della stampa periodica*

**Capo III: DEI DELITTI CONTRO LO STATO DI FAMIGLIA**

*Art. 566 Supposizione o soppressione di stato*

*Art. 567 Alterazione di stato*

*Art. 568 Occultamento di stato di un fanciullo legittimo o naturale riconosciuto*

**Capo IV: DEI DELITTI CONTRO L'ASSISTENZA FAMILIARE**

*Art. 571 Abuso dei mezzi di correzione o di disciplina*

*Art. 572 Maltrattamenti in famiglia o verso i fanciulli*

**Titolo XII: DEI DELITTI CONTRO LA PERSONA**  
**Capo I: DEI DELITTI CONTRO LA VITA E L'INCOLUMITA'**  
**INDIVIDUALE**

*Art. 575 Omicidio*

*Art. 576 Circostanza aggravanti*

*Art. 577 Altre circostanze aggravanti. Ergastolo*

*Art. 578 Infanticidio in condizioni di abbandono materiale e morale*

*Art. 579 Omicidio del consenziente*

*Art. 580 Istigazione o aiuto al suicidio*

*Art. 582 Lesione personale*

*Art. 583 Circostanze aggravanti*

*Art. 583 bis Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili*

*Art. 584 Omicidio preterintenzionale*

*Art. 585 Circostanze aggravanti*

*Art. 586 Morti o lesioni come conseguenza di altro delitto*

*Art. 588 Rissa*

*Art. 589 Omicidio colposo*

*Art. 591 Abbandono di persone minori o incapaci*

*Art. 593 Omissione di soccorso*

**Capo III: DEI DELITTI CONTRO LA LIBERTA' INDIVIDUALE**  
**Sezione I: DEI DELITTI CONTRO LA PERSONALITA' INDIVIDUALE**

*Art. 600 Riduzione in schiavitù*

*Art. 600 bis Prostituzione minorile*

*Art. 600 ter Pornografia minorile*

*Art. 600 quater Detenzione di materiale pornografico*

*Art. 600 quater 1 Pornografia virtuale*

*Art. 600 quinquies Iniziative turistiche volte allo sfruttamento della prostituzione minorile*

*Art. 601 Tratta di persone*

*Art. 602 Alienazione e acquisto di schiavi*

*Art. 604 Fatto commesso all'estero in danno di cittadino italiano*

## **Sezione II: DEI DELITTI CONTRO LA LIBERTA' PERSONALE**

*Art. 605 Sequestro di persona*

*Art. 606 Arresto illegale*

*Art. 607 Indebita limitazione di liberta' personale*

*Art. 608 Abuso di autorita' contro arrestati o detenuti*

*Art. 609 Perquisizione e ispezione personali arbitrarie*

*Art. 609 bis Violenza sessuale*

*Art. 609 quater Atti sessuali con minorenni*

*Art. 609 quinquies Corruzione di minorenni*

*Art. 609-septies Querela di parte*

*Art. 609 octies Violenza sessuale di gruppo*

## **Sezione III: DEI DELITTI CONTRO LA LIBERTA' MORALE**

*Art. 610 Violenza privata*

*Art. 611 Violenza o minaccia per costringere a commettere un reato*

*Art. 613 Stato di incapacita' procurato mediante violenza*

## **Sezione IV: DEI DELITTI CONTRO LA INVIOLABILITA' DEL DOMICILIO**

*Art. 615 Violazione di domicilio commessa da un pubblico ufficiale*

*Art. 615 quater Detenzione e*

*diffusione abusiva di codici di accesso a sistemi informatici o telematici*

*Art. 615 quinquies Diffusione di programmi diretti a danneggiare o interrompere un sistema informatico*

## **Sezione V: DEI DELITTI CONTRO LA INVIOLABILITA' DEI SEGRETI**

*Art. 617 bis Installazione di apparecchiature atte ad intercettare od impedire comunicazioni o conversazioni telegrafiche o telefoniche*

*Art. 617 ter Falsificazione, alterazione o soppressione del contenuto di comunicazioni o conversazioni telegrafiche o telefoniche*

*Art. 617 quater Intercettazione, impedimento o interruzione illecita di comunicazioni informatiche o telematiche*

*Art. 617 quinquies Installazione di apparecchiature atte ad intercettare, impedire od interrompere comunicazioni informatiche o telematiche*

*Art. 617 sexies Falsificazione, alterazione o soppressione del contenuto di comunicazioni informatiche o telematiche*

*Art. 619 Violazione, sottrazione e soppressione di corrispondenza commesse da persona addetta al servizio delle poste, dei telegrafi e dei telefoni*

*Art. 620 Rivelazione del contenuto di corrispondenza, commessa da persona addetta al servizio delle poste, dei telegrafi o dei telefoni*

## **Titolo XIII: DEI DELITTI CONTRO IL PATRIMONIO Capo I: DEI DELITTI CONTRO IL PATRIMONIO MEDIANTE VIOLENZA ALLE COSE O ALLE PERSONE**

*Art. 624 bis Furto in abitazione e furto con strappo*

*Art. 625 Circostanze aggravanti*

*Art. 628 Rapina*

*Art. 629 Estorsione*

*Art. 630 Sequestro di persona a scopo di estorsione*

*Art. 632 Deviazione di acque e modificazione dello stato dei luoghi*

*Art. 633 Invasione di terreni o edifici*

*Art. 634 Turbativa violenta del possesso di cose immobili*

*Art. 635 Danneggiamento*

*Art. 635 bis Danneggiamento di sistemi informatici e telematici*

**Capo II: DEI DELITTI CONTRO IL PATRIMONIO MEDIANTE  
FRODE**

*Art. 640 Truffa*

*Art. 640 bis Truffa aggravata per il conseguimento di erogazioni pubbliche*

*Art. 640 ter Frode informatica*

*Art. 643 Circonvenzione di persone incapaci*

*Art. 644 Usura*

*Art. 645 Frode in emigrazione*

*Art. 646 Appropriazione indebita*

*Art. 648 Ricettazione*

*Art. 648 bis Riciclaggio*

*Art. 648 ter Impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita*

### III PARAGRAFO

#### TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

La legislazione sanitaria italiana, storicamente, si è occupata del trattamento del malato mentale sostanzialmente attraverso due grandi riforme a causa di quella staticità, in contrasto con una dottrina psichiatrica in continua evoluzione, che per lungo tempo l'ha caratterizzata. Sebbene già nella metà del secolo scorso il Parlamento del Regno di Sardegna avesse dato avvio a progetti di rinnovamento sull'argomento, è con la legge 14 febbraio 1904 n. 36, elaborata da Giolitti ed intitolata "*Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e Cura degli alienati*", che si è pervenuti ad una definitiva regolamentazione dell'assistenza psichiatrica. Tale legge era improntata ad un sistema custodialistico che basava il trattamento della malattia mentale quasi esclusivamente su concezioni di difesa sociale piuttosto che di tutela della salute, mentre la nuova cultura psichiatrica europea era rivolta, dopo secoli, a riconoscere il valore clinico della malattia mentale. Si trattava, quindi, di una legge coercitiva tesa a tutelare soprattutto gli interessi della collettività, nonostante fosse stata elaborata in qualche modo con l'intento di riconoscere al malato la sua dignità di uomo sofferente. Un primo tentativo legislativo per superare questa concezione manicomiale si deve alla legge 18 marzo 1968 n. 431, riguardante le provvidenze per l'assistenza psichiatrica, che riordinava gli organici degli ospedali psichiatrici e autorizzava il ricovero volontario del malato su semplice richiesta del medico di guardia. Veniva, inoltre, vietata la registrazione del ricovero di autorità nel certificato del Casellario giudiziario, prevista dalla legge del 1904, che era di ostacolo al reinserimento sociale e lavorativo dei malati dimessi guariti o stabilizzati. Tale modifica della precedente normativa, comunque, continuava ad identificare il malato mentale con un "*infermo pericoloso per sè e per gli altri*". Grazie ai primi movimenti contestativi del metodo psichiatrico degli anni '60, aventi il loro massimo rappresentante in Franco Basaglia, si andò affermando, tuttavia, il principio di salvaguardare la dignità del paziente psichiatrico e di tutelarne i diritti assieme alle proposte di una gestione non più coercitiva della malattia, volta soprattutto al recupero del malato attraverso l'integrazione dello stesso

nel tessuto sociale. Sotto l'influenza, quindi, di queste correnti di pensiero e della volontà politica di rompere bruscamente con il passato, sono entrate in vigore le norme statuite inizialmente con la legge 13 maggio 1978, n. 180, poi in gran parte comprese nella legge 23 dicembre 1978, n.883 agli artt. 33, 34 e 35, in materia di "*accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*". Lo scopo principale della riforma psichiatrica è stato quello di inserire l'assistenza del malato di mente nel Servizio Sanitario Nazionale in modo da eliminare, con la soppressione dei manicomi, ogni forma di segregazione, antepoendo l'assistenza medica alle preoccupazioni della custodia. Viene ad essere privilegiato l'intervento terapeutico erogato sul territorio, mentre il trattamento sanitario obbligatorio diventa un provvedimento eccezionale, giustificato soltanto dalla necessità di garantire il diritto individuale alla tutela della salute. Sotto il profilo del rispetto per i diritti umani e civili viene abolito il concetto di pericolosità della malattia mentale che faceva dell'alienato un criminale e viene eliminato l'uso di mezzi limitativi della libertà del paziente ai quali talvolta si faceva indiscriminatamente e abusivamente ricorso. La legge n. 180, però, nata come legge stralcio della legge 883/78, è entrata in vigore troppo rapidamente perché le Regioni vi si potessero adeguare tempestivamente e la conseguenza è stata l'emanazione di disposizioni regionali che hanno avuto l'effetto di ritardare l'attuazione pratica della legge dello Stato che non era stata preceduta dall'istituzione di una efficiente rete di servizi psichiatrici. Il nuovo dettato legislativo, inoltre, pur presentando delle importanti novità rispetto al passato, non ha affrontato alcuni aspetti del problema con la necessaria chiarezza lasciando alcuni punti ad interpretazioni confuse ed ambigue, primo fra tutti quello relativo alla definizione delle caratteristiche che il disturbo mentale deve presentare affinché tale trattamento sia legittimo. Il riferimento all'art. 32 della Costituzione contenuto nella L. 833 ribadisce che i trattamenti sanitari obbligatori disposti per legge riguardano quelle patologie che minacciano di ledere l'altrui diritto alla salute, come può essere nel caso delle malattie infettive. Mentre, però, per queste non esiste il problema di individuare la *noxa* patogena pericolosa, nel caso delle malattie mentali il pericolo per la salute altrui deriva dai comportamenti violenti e aggressivi del malato che prospetta anche il problema

della sua incapacità ad autodeterminarsi.

Il dettato costituzionale giustificerebbe l'obbligatorietà del trattamento con la riserva di legge, senza considerare, però, che non tutti i casi di riserva di legge prevedono trattamenti sanitari "coattivi", e comunque, quando li prevedono, non sorgono problemi di consenso e di giustificazione, dato che l'autorità sanitaria e il medico diventano esecutori materiali di un precetto di legge. Per i trattamenti sanitari ospedalieri della malattia mentale, quindi, la norma che sarebbe più appropriato richiamare è probabilmente l'art.13 della Costituzione, soprattutto per sottolineare la "differenza specifica" del trattamento obbligatorio rispetto alle limitazioni al principio dell'inviolabilità della libertà personale.

Altro punto della riforma psichiatrica che andrebbe rivisto è quello riguardante l'iter stabilito per ottenere l'autorizzazione per un trattamento sanitario obbligatorio che prevede la proposta motivata di un medico convalidata da un sanitario della struttura sanitaria pubblica e il successivo provvedimento formale da parte del Sindaco. Tale prassi, infatti, è di ostacolo ad un pronto intervento che, in attesa dell'espletamento delle pratiche burocratiche, rischia di non essere attuato recando danno al malato stesso. Si pone, quindi, il problema del primo intervento sanitario di urgenza e, di conseguenza, della liceità di questo senza incorrere nel reato di violenza privata (art. 610 c.p.), nella fase preliminare del trattamento, quando non vi è stata ancora convalida da parte di un secondo sanitario di intervenire (ad esempio per la somministrazione di un sedativo nel caso di grave agitazione psicomotoria). L'intervento del medico in questi ed analoghi casi dovrebbe essere legittimato dalla necessità di preservare il paziente dal pericolo attuale di danno grave alla persona secondo quanto recita l'art. 54 c.p..

In ogni caso lo psichiatra ha l'obbligo di visitare il malato poiché solo attraverso l'esame clinico è possibile riconoscere l'urgenza che, comunque, non deve essere interpretata in ogni situazione in termini esclusivamente clinici poiché verrebbero ad essere escluse patologie croniche che possono ugualmente presentare quei requisiti di pericolosità che pongono l'indicazione per un trattamento sanitario obbligatorio. È importante, quindi, che

lo psichiatra formuli giudizi

diagnostico- prognostici fondati che contengano gli estremi per un ricovero coattivo.

Altra questione dibattuta è quella relativa alla durata di soli sette giorni del ricovero in trattamento sanitario obbligatorio, suscettibile di proroga solo in via eccezionale e sempre nel rispetto dell'iter amministrativo. Questo termine era stato fissato con lo scopo di prevenire eventuali abusi o iniziative a carattere custodialistico, a garanzia e tutela dell'inviolabilità della libertà personale dell'infermo di mente. Da un punto di vista clinico, però, sette giorni o poco più sono appena sufficienti per ottenere i primi segni di sedazione comportamentale ma non l'esaurimento della fase psicotica, che a volte richiede anche dei mesi. Vengono, perciò, molto spesso dimessi soggetti psicotici che si trovino in condizioni di lieve miglioramento comportamentale e ancora sotto l'effetto dell'iperdosaggio farmacologico a cui il soggetto viene sottoposto per ridurre il più possibile la durata del ricovero. Ci si domanda, quindi, se sia eticamente corretto interrompere l'assistenza proprio quando si cominciano ad avere i primi miglioramenti poiché i servizi ambulatoriali extraospedalieri addetti alla prosecuzione della cura sono spesso insufficienti per una adeguata programmazione terapeutica che consenta un precoce reinserimento del malato nella vita familiare, lavorativa e sociale in genere. La vigente normativa, inoltre, non avendo stabilito a chi debba essere demandata l'esecuzione del trattamento sanitario obbligatorio, ha fatto scaturire un conflitto di competenze perdurato per anni e risolto a volte solo parzialmente con normative regionali e locali. La giurisprudenza chiamata a dirimere la questione ha fornito pareri discordanti ammettendo, in alcuni casi, i caratteri esclusivamente sanitari della "cattura" del malato mentale, in conformità con quanto indicato dall'Avvocatura di Stato, mentre, in altri casi, ha attribuito la competenza dell'esecuzione coattiva alla polizia municipale (TAR Sicilia 1987) fino al momento in cui il malato di mente viene affidato al presidio ospedaliero. Anche la dottrina in merito è risultata discordante, ammettendo alcuni Autori, l'intervento della forza pubblica in ragione di una probabile commissione di reato da parte del soggetto, non ammettendola altri a causa del carattere esclusivamente sanitario che l'esecuzione coattiva riveste. Altri Autori ancora si sono dichiarati favorevoli all'intervento congiunto del personale sanitario e della

forza pubblica poiché in questo modo non ci sarebbe il rischio di volontari ritardi delle procedure da parte del personale sanitario al fine di utilizzare in tutti i casi problematici l'impiego della forza pubblica.

Il rinnovamento del sistema legislativo in materia di assistenza psichiatrica ha rappresentato un momento di svolta che doveva garantire al malato mentale gli stessi diritti riconosciuti a tutti gli altri cittadini in aderenza al dettato costituzionale, parimenti a quanto sarebbe stato poi previsto dalla Raccomandazione del Consiglio d'Europa sulla "*Protection Juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placés comme patients involontaires*". Sarebbero opportune, tuttavia, modifiche che chiarissero alcuni punti dubbi di tale assetto legislativo e che contribuissero a migliorare la qualità dell'assistenza al malato di mente soprattutto semplificando la procedura del ricovero in T.S.O., migliorando i servizi psichiatrici dipartimentali, coinvolgendo maggiormente in questo servizio le cliniche universitarie e in particolare prolungando la durata del ricovero obbligatorio per una migliore assistenza clinica terapeutica.

Un altro delicato problema che occorre affrontare in questa sede è quello del rispetto del principio della obbligatorietà del cosiddetto "consenso informato". A tale proposito occorre distinguere le seguenti fattispecie:

***a) paziente con malattia mentale***

Nel caso di malattia mentale, la quale implichi un trattamento sanitario obbligatorio, ai sensi della Legge 13 maggio 1978 n. 180, il medico deve "*svolgere iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi è obbligato*" e, quindi, acquisire il consenso del tutore (ove ci sia) altrimenti si ritiene possa attuare la terapia. Il Trattamento sanitario obbligatorio, come specifica l'articolo 1 della legge 180/78 si configura come un'eccezione espressamente prevista e disciplinata dal legislatore (nel

pieno rispetto della riserva di legge sancita nel 2° comma dell'art. 32 della Costituzione). Deve, dunque, considerarsi come una eventualità del tutto eccezionale, una deroga espressamente autorizzata (e disciplinata nei minimi dettagli) dalla legge, (art. 2 della 180 e art. 34 della 833) al principio del necessario consenso. La regola rimane quella della volontarietà del trattamento, mentre l'intervento obbligatorio o coattivo deve considerarsi l'eccezione. Questo il senso della disposizione, contenuta nel comma 5 dell'articolo 1, in base alla quale: *"Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato"*. Quindi, prima di intervenire in via coercitiva deve farsi ogni tentativo possibile che possa ritenersi concretamente utile per ottenere il consenso. Il fatto che i trattamenti sanitari prestati in via coercitiva non devono violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana e della sua dignità, implica la fissazione di un criterio generale di valutazione del comportamento posto in essere dal medico e dai suoi collaboratori.

#### ***b) situazione di emergenza***

Nel caso si prospetti una situazione di emergenza tale, per cui l'ammalato non sia in grado di esprimere il consenso, il medico può agire con una cura adeguata (indipendentemente dalla volontà di eventuali parenti), giustificato dallo stato di necessità.

Può essere fatta (eventualmente) valere, in tal caso, l'esimente dello stato di necessità prevista dall'articolo 54 del Codice penale in base al quale *"Non è"*

*punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo*". La regola che impone di acquisire il consenso potrebbe essere violata in quanto, stando alla giurisprudenza, si configurerebbe *"la concreta immanenza di una situazione di grave pericolo alle persone, caratterizzata dall'indilazionabilità e dalla cogenza, tali da non lasciare all'agente altra alternativa che quella di violare la legge"* (Cass. pen. Sez. I, sent. n. 11083 del 22-11-1985). La Cassazione penale, con una decisione che ha fatto molto discutere, ha pure stabilito come in presenza di un effettivo *"stato di necessità"* non sia neppure necessario fare riferimento alle cause di giustificazione codificate: *"Malgrado l'assenza di un consenso informato del paziente - e sempre che non sussista un dissenso espresso dello stesso al trattamento terapeutico prospettato - deve escludersi che il medico sia penalmente responsabile delle lesioni alla vita o all'intangibilità fisica e psichica del paziente sul quale ha operato in osservanza delle *leges artis*, poiché l'attività terapeutica, essendo strumentale alla garanzia del diritto alla salute previsto dall'art. 32 Cast, e autorizzata e disanimata dall'ordinamento ed è quindi scriminatura da uno *"stato di necessità"* ontologicamente intrinseco, senza che sia necessario fare riferimento alle cause di giustificazione codificate"*. (Cass. pen. sez. I 29-05-2002, n. 528)

**c) trattamenti sanitari su minori**

Per quanto riguarda i trattamenti sanitari sui minori, non è possibile affrontare l'argomento senza far prima cenno all'ampio dibattito relativo all'autoderminazione e all'autonomia del paziente minorenne nelle questioni biomediche. E' un discorso troppo vasto per essere "sacrificato" in qualche riga dove si può solo dire che il principio "tendenziale" (come criterio di orientamento) individuato dalla magistratura minorile, nella risoluzione di contese, dissidi e divergenze, in ordine al diritto alla salute del minore e dei trattamenti sanitari che lo riguardano, è quello dell'autodeterminazione dei minorenni. Si può aggiungere che il conflitto ed il bilanciamento tra il cosiddetto "principio di beneficenza" ed il correlato "principio di autonomia" dove si confrontano esigenze di protezione ad istanze di autonomia, costituisce il nucleo principale della questione biomedica. In dottrina, tra i testi più recenti: La Forgia Guido, *"Il consenso informato del minore "maturo" agli atti medico-chirurgici: una difficile scelta d'equilibrio tra l'auto e l'etero-determinazione"* (in "Famiglia e Diritto", 2004, 407). In realtà, nel caso di interventi su minori, dando praticità e maggiore comprensibilità al discorso, si può dire che il consenso va richiesto ad entrambi i genitori in quanto esercenti la patria potestà e ove ci sia stata separazione il consenso va richiesto al coniuge affidatario. Nel caso in cui i genitori siano stati privati della patria potestà o siano già morti il consenso dovrebbe esprimerlo il tutore. Tuttavia, in coerenza con il principio secondo cui il diritto alla salute è personalissimo e la sua tutela non può essere affidata ad altri, se, malgrado la minore età, il paziente dimostra di essere "emancipato", critico e volitivo è necessario

anche il suo consenso e se c'è un contrasto con quanto decidono i genitori, deve essere fatta prevalere la volontà del minore, previo parere del giudice tutelare. Lo spazio più o meno ampio di autonomia si ricollega ovviamente al grado di maturità ed equilibrio raggiunti che non sempre dipende esclusivamente e rigidamente dall'età anagrafica, anche se generalmente e indicativamente vengono distinte tre fasce di età. Per una diversificazione del discorso etico-giuridico in relazione all'età del minore non ancora quattordicenne, almeno fino al recente passato, si è ritenuto che il minore non fosse in grado (salvo eccezioni e situazioni particolari) di comprendere pienamente i significati e le problematiche sottese ad un delicato intervento medico.

Nella fascia di età compresa tra i quattordici e i sedici anni, per il fatto che il minore acquisisce una individuale capacità di agire, alla consapevole volontà espressa dal minore non è possibile non riconoscere rilevanza soprattutto nel caso di esplicito e fermo dissenso. A maggior ragione dopo il compimento dei sedici anni e fino alla maggiore età, quando la volontà del minore, fondata sull'accentuato sviluppo delle capacità fisiche e psichiche, assume una rilevanza quasi completa. Sta di fatto che il diritto-dovere dei genitori (o del rappresentante legale) di curare il minore non può collidere con la sua libertà di decidere della sua salute. Ovviamente, nel caso di pareri contrastanti, la risoluzione del caso non risulta mai facile e immediata in quanto per la piena liceità dell'intervento non basta il solo consenso del minore, né tanto meno quello dei soli genitori, ma ci vorrebbe

il pieno assenso di tutti. Come

è stato osservato, ci si viene a trovare in una situazione in cui la volontà del minore risulta importante, anzi, molto importante, ma purtroppo non decisiva. Viene citato a tal proposito l'articolo 6 della Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedica (Ovideo - 1997), che contiene una specifica disposizione riguardante i trattamenti sanitari rivolti ai minorenni: *“Il parere del minore è preso in considerazione come un fattore sempre più determinante, in funzione della sua età e del suo grado di maturità”*. Alla suddetta disposizione fa da corollario l'analoga previsione del Codice deontologico dei medici il quale prevede il consenso del legale rappresentante (*“fermo restando il rispetto dei diritti del legale rappresentante”*), ma anche l'obbligo di informare il minore e di tenere conto della sua volontà, compatibilmente con l'età e con la capacità di comprensione (art. 34). Soltanto nel caso di “trattamento necessario ed indifferibile”, l'opposizione del minore non viene considerata e se il legale rappresentante si oppone, il medico è tenuto ad informare l'autorità giudiziaria (art. 33). Si può concludere dicendo che, a parte i casi di esclusione sopra individuati ed altri casi eccezionali, l'attività medica richiede per la sua validità e concreta liceità la manifestazione del consenso del paziente, che costituisce un presupposto di liceità del trattamento medico-chirurgico. Si può ripetere che si tratta di un consenso che riguarda la libertà morale del soggetto e la sua autodeterminazione, nonché la sua libertà fisica intesa come diritto al rispetto della propria integrità corporale, le quali sono tutti profili della libertà personale proclamata inviolabile dall'articolo 13 della Costituzione.

Milano, 7 marzo 2007

**Avv. Paolo Vinci**