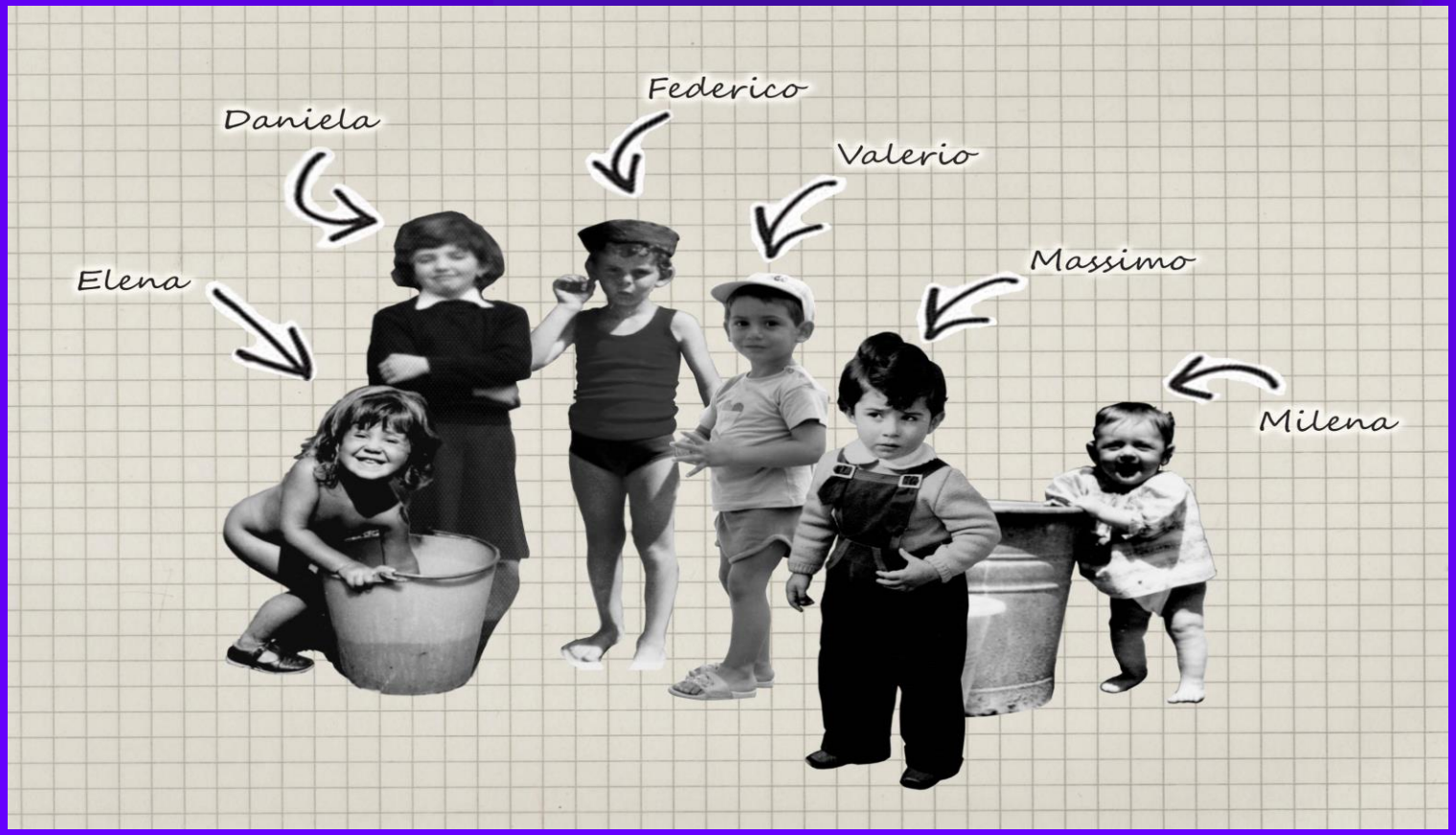
La Denuncia e l'Aggressione: Aspetti Medico-Legali

Dott.Laura Giurgola
Dirigente Medico Legale
SC Igiene e Sanità Pubblica
Dipartimento Prevenzione
Asl4 "Chiavarese

I Focus:

- Qualifiche professionali
- Differenza referto rapporto
- Classificazione delle Lesioni Personali
- Epidemiologia
- Conclusioni

CHI SIAMO?



«*PUBBLICO UFFICIALE*»

Nozione legislativa art. 357

Nella nuova formulazione dettata dalla L. 86/90 e modificata dalla L.182/92, recita l'art. 357 c.p.:

"Agli effetti della legge penale, sono pubblici ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa."

Qualità di pubblico ufficiale è stata riconosciuta a molti soggetti tra i quali ricordiamo: l'ufficiale giudiziario, testimone, **consulente tecnico**, **perito di ufficio** e. **ispettore sanitario di un ospedale** (Cass. 30-3-1982);

«PERSONA INCARICATA DI UN PUBBLICO SERVIZIO»

Nozione legislativa (art. 358)

"***Agli effetti della legge penale, sono incaricati di un pubblico servizio coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio*".**

Per pubblico servizio deve intendersi un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di questa ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale».

Il pubblico servizio è dunque attività di carattere intellettivo, caratterizzata, quanto al contenuto, dalla mancanza dei poteri autoritativi e certificativi propri della pubblica funzione, con la quale è solo in rapporto di accessorietà o complementarietà (Cass. Sez. Un. 11-7-1992, n. 7958).

Sono, invece, da considerare semplicemente come persone incaricate di un pubblico servizio: **i sanitari ospedalieri** (Cass. 3-3-1980 cit.; Cass. 29-3-1991); i sanitari autorizzati ex art. 81 del codice della strada al rilascio di certificati di idoneità psico-fisica alla guida (Cass. 2-4-1983);

« PERSONA ESERCENTE UN SERVIZIO DI PUBBLICA NECESSITÀ »
Nozione legislativa (art. 359)

«agli effetti della legge penale, sono persone esercenti un servizio di pubblica necessità: i privati che esercitano professioni forensi o sanitarie o altre professioni il cui esercizio sia per legge vietato senza una speciale abilitazione. i privati che, non esercitando una pubblica funzione, né prestando un pubblico servizio, adempiono un servizio dichiarato di pubblica necessità mediante un atto della Pubblica Amministrazione»

Ora che ci siamo inquadrati.....

Resistenza a un PU o IPS

Chiunque usa violenza o minaccia per opporsi a un pubblico ufficiale (357) o ad un **incaricato di un pubblico servizio** (358), mentre compie un atto di ufficio o di servizio, o a coloro che, richiesti, gli prestano assistenza, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni (339).

NOTE PROCEDURALI:

Arresto: *facoltativo in flagranza* (*381 c.p.p.*).

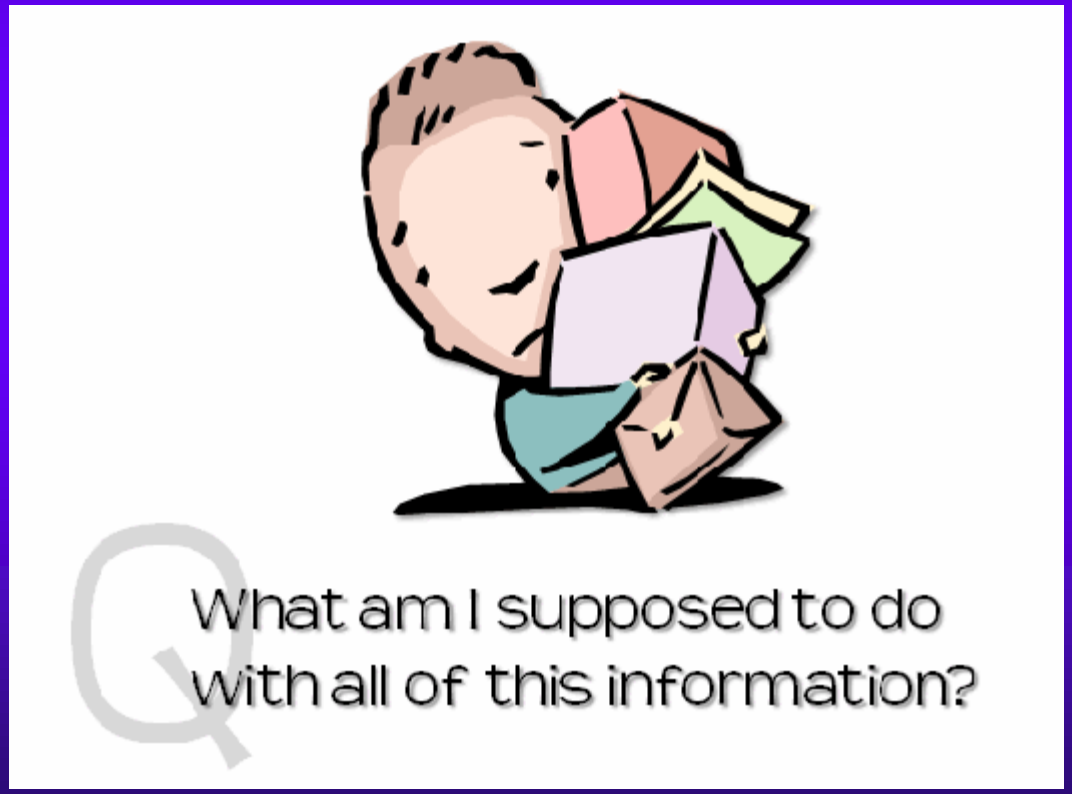
Fermo di indiziato di delitto: *non consentito*.

Misure cautelari personali: *consentite* (*280, 287 c.p.p.*).

Autorità giudiziaria competente: *Tribunale monocratico* (*33* ter *c.p.p.*).

Procedibilità: *d'ufficio* (*50 c.p.p.*).

Chi deve fare cosa.....



DENUNCIA DI REATO

IL MEDICO, QUANDO RIVESTE LA FUNZIONE DI **PUBBLICO UFFICIALE O DI INCARICATO DI UN PUBBLICO SERVIZIO,** E' TENUTO A DENUNCIARE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA UN **REATO PR**OCEDIBILE D'UFFICIO DEL QUALE **ABBIA AVUTO NOTIZIA** NELL'ESERCIZIO O A CAUSA DELLE SUE FUNZIONI O DELSUO SERVIZIO.

L'omessa denuncia è sanzionata dal Codice Penale (artt. 361-362).

L'obbligo di presentare denuncia scritta vale anche quando non sia stata individuata la persona cui deve attribuirsi il reato.

LA **DENUNCIA DI REATO** E' UN OBBLIGO DIVERSO RISPETTO AL REFERTO:

La denuncia di reato è infatti un obbligo che non è specifico per la categoria sanitaria, ma riguarda qualsiasi persona che eserciti la funzione di pubblico ufficiale o di incaricato di un pubblico servizio.

- Oggetto dell'informativa sono tutti i **reati** procedibili d'ufficio, quindi non solo i ***delitti*** ma anche le ***contravvenzioni*** (ad esempio nel caso di un individuo feritosi nel fabbricare abusivamente materie esplodenti).
- Mentre il **referto** implica un giudizio tecnico (diagnosi e prognosi riguardo alle lesioni riscontrate) derivante dall'aver direttamente prestato assistenza od opera, la **denuncia di reato** si limita a fornire la pura notizia di un reato, indicando gli elementi essenziali del fatto (reo, vittima, testimoni e quanto valga ad identificarli), gli elementi di prova raccolti, il giorno dell'acquisizione della notizia.

ATTENZIONE!

Il medico che rivesta la funzione di pubblico ufficiale o di incaricato di un pubblico servizio **PUÒ ESIMERSI DALL'OBBLIGO DI DENUNCIA SOLTANTO QUANDO COSTRETTO DALLA NECESSITÀ DI SALVARE SE STESSO O UN PROSSIMO CONGIUNTO** DA UN GRAVE E INEVITABILE PREGIUDIZIO NELLA LIBERTÀ O NELL'ONORE. ***Non può invece esimersi da tale obbligo nei casi in cui la segnalazione all'Autorità Giudiziaria*** ***esporrebbe la persona assistita a procedimento penale,*** a differenza di quanto previsto in materia di referto**.**

- Per la denuncia non è previsto un esplicito termine di presentazione: la legge specifica soltanto che essa deve essere trasmessa **SENZA RITARDO**.

REFERTO

Il referto e' l'atto scritto con il quale l'esercente una professione sanitaria riferisce all'autorita' giudiziaria di aver ***prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto procedibile di ufficio.***

Ogni esercente una professione sanitaria è dunque **obbligatoriamente chiamato** a collaborare al funzionamento dell'amministrazione della giustizia con una attività di informativa riguardante i fatti criminosi riscontrati nell'esercizio della professione.

Si tratta di un obbligo disciplinato dall'art. 365 c.p. che sanziona **l'omissione o il ritardo** nella presentazione del referto.

CHI DEVE FARE REFERTO:

- a) L’obbligo di referto, nei casi previsti dalla legge, sussiste per ogni esercente una professione sanitaria. Sono **esercenti professione sanitaria** il medico, il veterinario, l’odontoiatra,il farmacista, l’infermiere professionale, l’ostetrica, ecc.
- b) Per **prestazione di assistenza od opera** si intende ogni attività sanitaria ancorchè minima (ad esempio la semplice medicazione di una ferita) effettuata su persona vivente o su cadavere, a prescindere dalla sua natura e dalla continuità ovvero occasionalità della stessa.
- c) Qualora più sanitari siano intervenuti nel medesimo caso, sono tenuti tutti alla presentazione del referto, separatamente ovvero sottoscrivendo un unico atto scritto.

QUANDO FARE REFERTO

L’indagine del sanitario nel valutare se il caso di cui si sia occupato possa ricondursi ad un delitto procedibile d’ufficio è una indagine di carattere tecnico. Pertanto il sanitario deve limitarsi alla diagnosi clinica del caso ed a valutare le cause della lesione e le circostanze del fatto, tenendo presente che l’obbligo di referto ricorre anche quando l’esistenza del delitto procedibile d’ufficio sia

solo **possibile.** In una situazione di ragionevole dubbio, il referto **deve essere presentato.**

Circostanze che impongono la presentazione del referto:

- I delitti contro la vita (omicidio doloso, colposo e preterintenzionale; omicidio del consenziente;
- istigazione al suicidio; abbandono di minori o incapaci; infanticidio).
- • I delitti contro l'incolumità individuale:
- ♦ ***lesioni personali dolose***, fatta eccezione per quelle lievissime (ovvero con durata della
- malattia non superiore ai 20 giorni) per le quali non sussistano circostanze aggravanti (uso di
- armi o sostanze corrosive o venefiche, ecc.);
- ♦ ***lesioni personali colpose gravi o gravissime*** solo qualora siano state commesse con
- violazione delle norme per l'igiene del lavoro e per la prevenzione degli infortuni sul lavoro
- e delle malattie professionali.
- • I delitti contro l'incolumità pubblica (attività che espongano al rischio di epidemie o
- intossicazioni, danni da alimenti o medicinali guasti, ecc.)
- • I delitti sessuali, limitatamente ai casi di:
- ♦ violenza sessuale su infradiciottenne;
- ♦ atti sessuali con persona di età inferiore ai 10 anni;
- ♦ fatto commesso dal genitore, o dal di lui convivente, dal tutore, o da altra
- persona cui il minore è affidato per ragioni di cura, di educazione, di istruzione,
- di vigilanza o di custodia;
- ♦ fatto commesso da un pubblico ufficiale o da un incaricato di un pubblico
- servizio nell'esercizio delle proprie funzioni;
- ♦ fatto commesso con altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio;
- ♦ violenza sessuale di gruppo.

- I delitti di interruzione della gravidanza (tutte le circostanze in cui essa avviene volontariamente
- al di fuori dalla condizioni previste dalla legge 194/78, nonchè le interruzioni di gravidanza
- preterintenzionali o colpose)
- • I delitti di manomissione di cadavere
- • I delitti contro la libertà individuale (sequestro di persona, violenza privata, ecc.)
- • I delitti contro la famiglia (maltrattamenti in famiglia, abuso di mezzi di correzione).

- **N.B.** Per quanto detto, se da un ***incidente stradale*** deriva la morte (omicidio colposo) vi è obbligo di referto, mentre se derivano delle lesioni personali (lesioni personali colpose) non sussiste obbligo di referto. E' invece sempre opportuno fare referto nei casi di ***suicidio*** (potrebbe essere collegato alla partecipazione di altre persone), di ***morte sospetta*** (dubbio tra morte naturale e morte violenta) e di i***nfortuni lavorativi cui consegua la morte ovvero lesioni personali gravi o gravissime*** (possibile trasgressione delle norme di prevenzione antinfortunistica).Può accadere inoltre che uno stesso caso richieda più referti se ad esempio si deve segnalare all'autorità giudiziaria che un ferito grave, per il quale è già stato fatto un primo referto, sia successivamente morto in seguito alle lesioni riportate.

QUANDO NON FARE REFERTO

QUANDO PRESENTANDOLO ESPORREBBE LA PERSONA ASSISTITA A PROCEDIMENTO PENALE

TALE ESIMENTE NON HA VALORE NEI CASI IN CUI IL MEDICO RIVESTE LA

FUNZIONE DI PUBBLICO UFFICIALE O DI INCARICATO DI UN PUBBLICO SERVIZIO, COME VEDREMO A PROPOSITO DELLA DENUNCIA DI REATO.

Quali sono i delitti contro l'incolumità individuale?

Non è ancora chiaro cosa debba intendersi "Incolumità individuale".

Generalmente si equipara all'integrità psico-fisica della persona.

PERCOSSE (art. 581):

“chiunque percuote taluno, se dal fatto non deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito a querela della persona offesa ….”

La percossa è un atto violento privo di conseguenze lesive, cioè non produttivo di una malattia a carattere evolutivo o di lesioni permanenti, ma solo di un transitorio stato di sofferenza e di dolore (ceffone).

Procedibilita’: a querela della persona offesa,

Pena: la reclusione fino a sei mesi o con la multa

Il delitto è **doloso** (volontà di percuotere senza cagionare malattia o altra alterazione organica); non è prevista la percossa colposa.

Classificazione delle lesioni personali

1. Sulla base dell'**elemento psicologico** si distinguono:
   a. lesione personale volontaria o dolosa;
   b. lesione personale colposa.

1. Sulla base della **durata della malattia** si è soliti distinguere:

   a. lesione personale **lievissima**: se la durata della malattia non è superiore ai 20 giorni (in questo caso il delitto è perseguibile **a querela** della persona offesa);

   b. lesione personale **lieve**: quando la malattia a una durata maggiore di 20 giorni ma non superiore ai 40 (ove si tratti di lesione personale volontaria si **procede d'ufficio** e perciò sussiste per il medico l'obbligo di referto);

   c. lesione personale **grave**: se la durata della malattia o dell'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni supera i 40 giorni o se si configura alcuna delle circostanze aggravanti previste dalla legge;

   d. lesione personale **gravissima**: se la malattia è certamente o probabilmente insanabile o se si configura alcuna altra delle circostanze aggravanti.

L’art. 583 c.p. elenca in dettaglio le **ipotesi aggravanti**, tutte di grande interesse medico legale:

1. la lesione personale è **grave**

a. se dal fatto derivano malattia che mette in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia per un tempo superiore ai 40 giorni;

b. se il fatto produce l’indebolimento permanente di un senso o di un organo;

2. la lesione personale è **gravissima** se dal fatto deriva:

a. una malattia certamente o probabilmente insanabile;

b. la perdita di un senso;

c. la perdita di un arto;

d. una mutilazione che renda l’arto inservibile;

e. la perdita dell’uso di un organo;

f. la perdita della capacità di procreare;

g. una permanente e grave difficoltà della favella;

h. la deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso.

Lesioni personali

Per lesioni personali gravi e gravissime *si intende quelle che comportino una malattia di durata superiore ai 40 giorni ovvero certamente o probabilmente insanabile; quelle da cui sia derivato un incombente pericolo di vita, la perdita o l'indebolimento di un senso o di una funzione organica ovvero la perdita anatomica o funzionale di un arto, la perdita della capacità di procreare, una grave e permanente menomazione nel linguaggio, uno sfregio o una deformazione permanente del volto*.

Facciamo due conti.....

Studio Campione INAIL 2005-2011

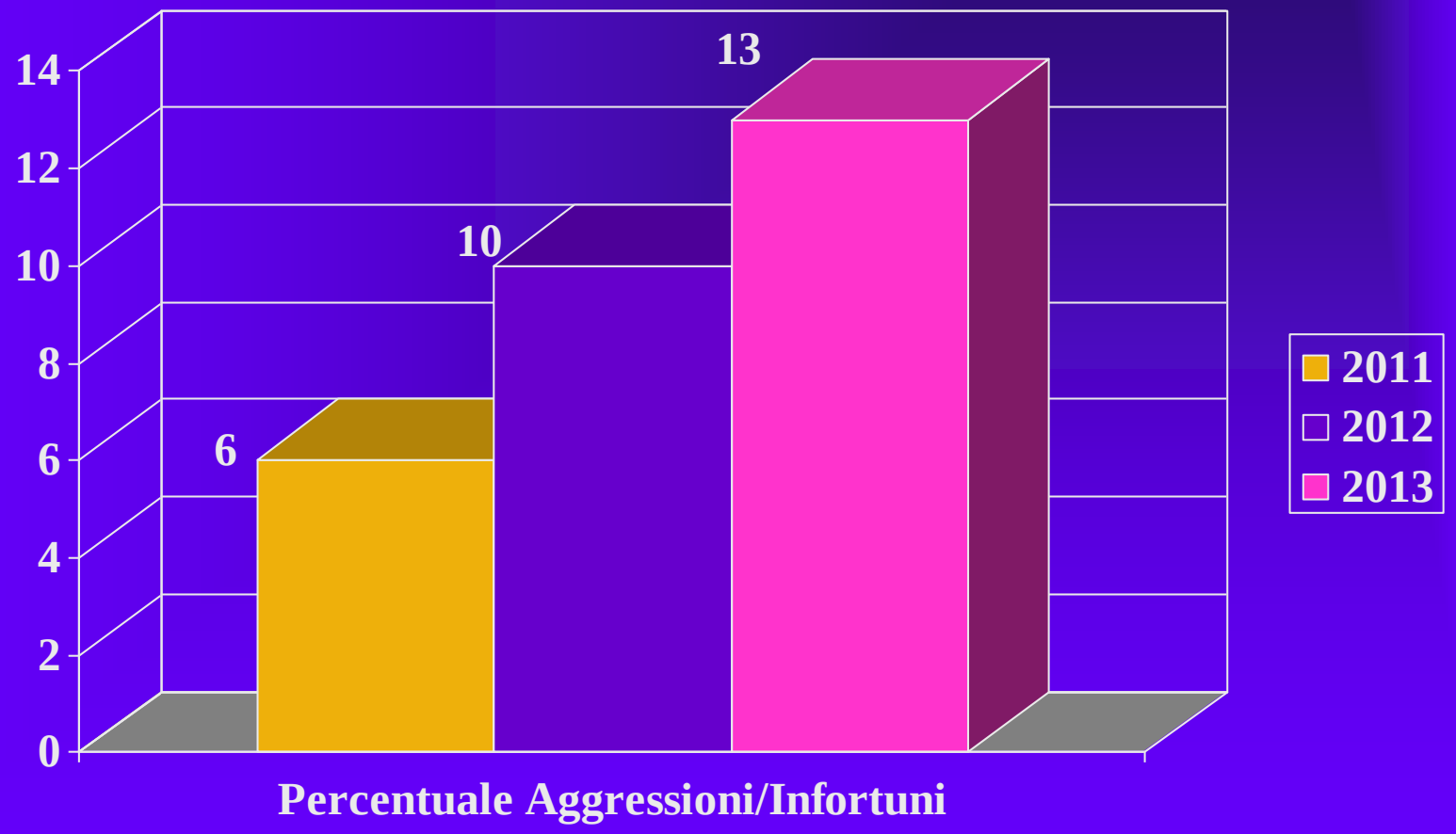
	2005	2007	2009	2011*
Lavoratori, N (tasso di partecipazione%)	367 (75%)	346 (71%)	453 (94.2%)	245 (81.7%)
Maschi N (%)	145 (39.5)	115 (33.2)	127 (28.0)	90 (36.7)
Femmine	934			
Medici, N (%)	58 (15.8)	69 (19.9)	59 (13.0)	54 (22.0)
Infermieri prof., N (%)	207(56.4)	106 (30.6)	263 (58.1)	133 (54.3)
Altri, N (%)	102 (27.8)	171 (49.4)	131 (28.9)	58 (23.7)
Serv. Psichiatrici	28 (7.6)	40 (11.6)	42 (9.3)	3 (1.2)
Emerg. e PS	60 (16.3)	49 (14.2)	66 (14.6)	26 (10.6)
Degenze	121 (33,0)	112 (32,4)	156 (34,4)	68 (27,8)
Ambul atori e territ.	74 (20,2)	73 (21,1)	60 (13,2)	98 (40,0)
Servizi	84 (22,9)	72 (20,8)	129 (28,5)	50 (20,4)
Assalti fisici N (%)	30 (8.2)	32 (9.2)	45 (9.9)	19 (7.8)
Minacce N (%)	44 (12.0)	96 (27.7)	57 (12.6)	38 (15.5)
Molestia N (%)	72 (19.6)		61 (13.5)	39 (15.9)

Rischio Relativo

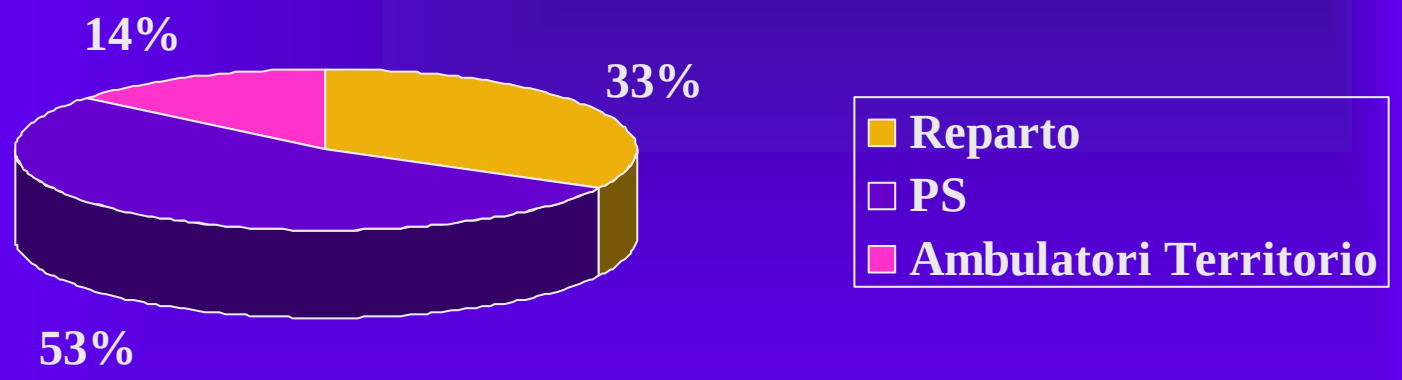
	Assalti fisici (N=126)	Minaccia* (N=139)*	Molestia (N=268)	Stalking** (N=41)
Maschi	1.02 (0.69-1.49)	1.6 (1.1-2.3)	1.0 (0.8-1.3)	0.8 (0.4-1.6)
Femmine	1	1	1	
Medici	2.44 (1.34-4.46)	4.6 (2.4-8.7)	1.3 (0.9-1.9)	2.4 (1.0-5.8)
Infermieri prof	2.67 (1.63-4.39)	3.2 (1.8-5.7)	0.9 (0.7-1.2)	1.1 (0.5-2.4)
Altri	1	1	1	1
Dip. Psichiatrici	25.7 (11.1-59.6)	20.0 (9.4-42.7)	3.3 (2.0-5.4)	2.1 (0.7-8.6)
Emergenza e urgenza	8.8 (3.8-20.5)	7.4 (3.6-15.0)	2.3 (1.5-3.6)	2.3 (0.8-6.7)
Degenze	3.8 (1.6-8.6)	2.4 (1.2-4.9)	1.2 (0.8-1.8)	1.5 (0.6-3.9)
Ambulatori	2.1 (0.8-5.3)	2.6 (1.3-5.5)	1.1 (0.7-1.6)	1.5 (0.5-4.1)
Servizi	1	1	1	1

(*) Dato non rilevato nel 2007; (**) dato non rilevato nel 2005 e 2007.

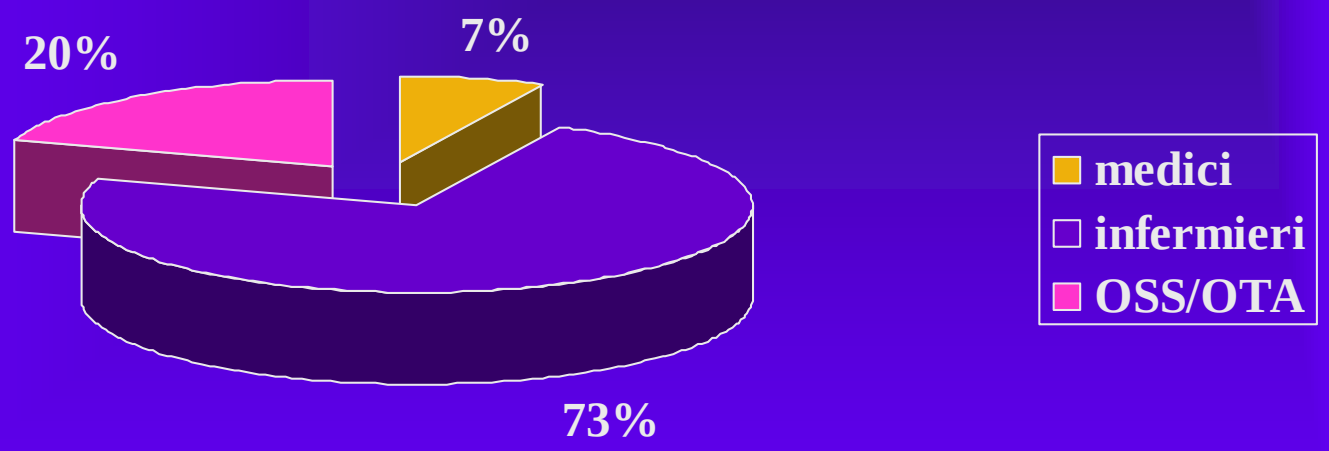
La realtà oggi ASL4:



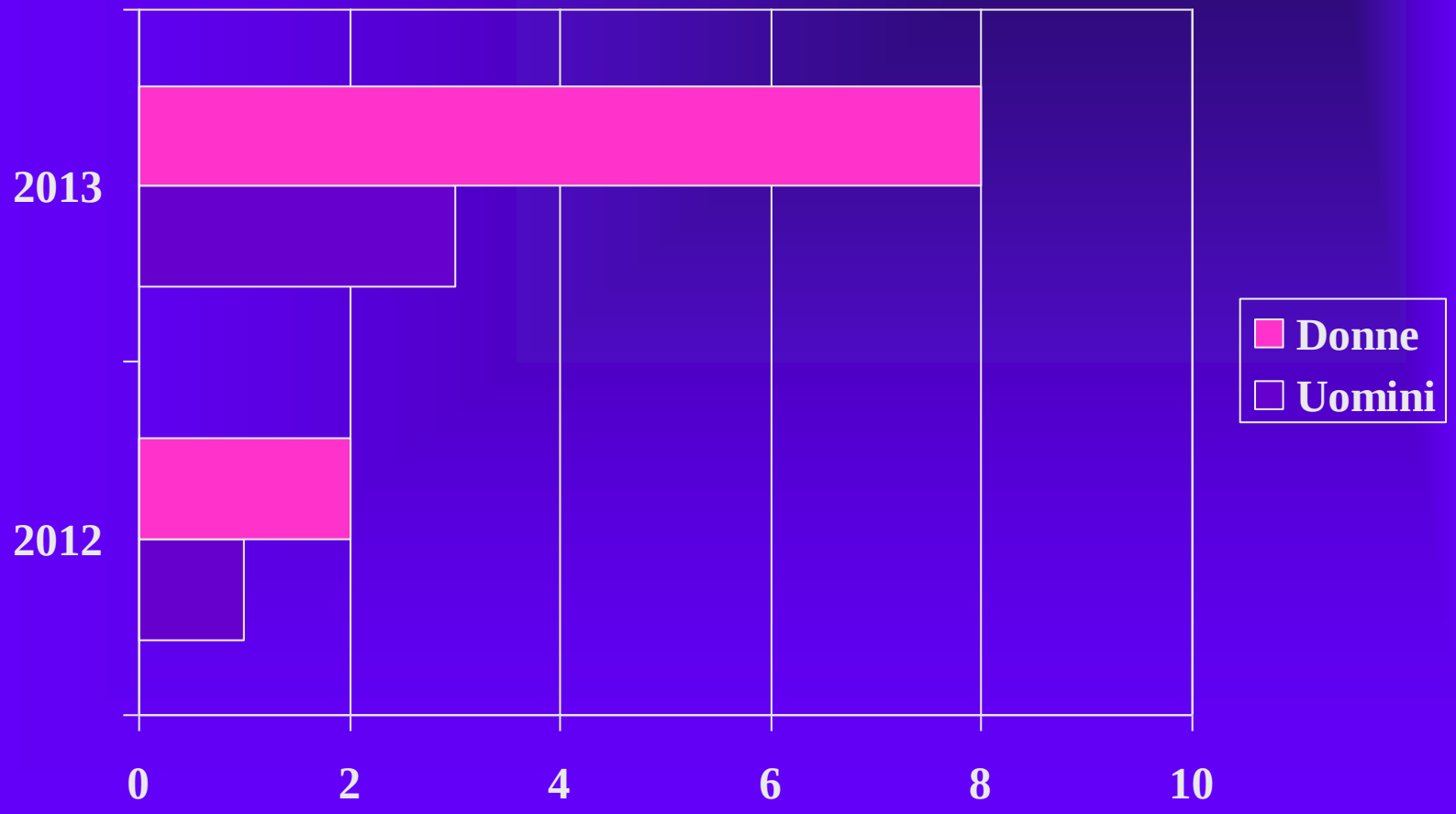
Ambienti teatro di Aggressione



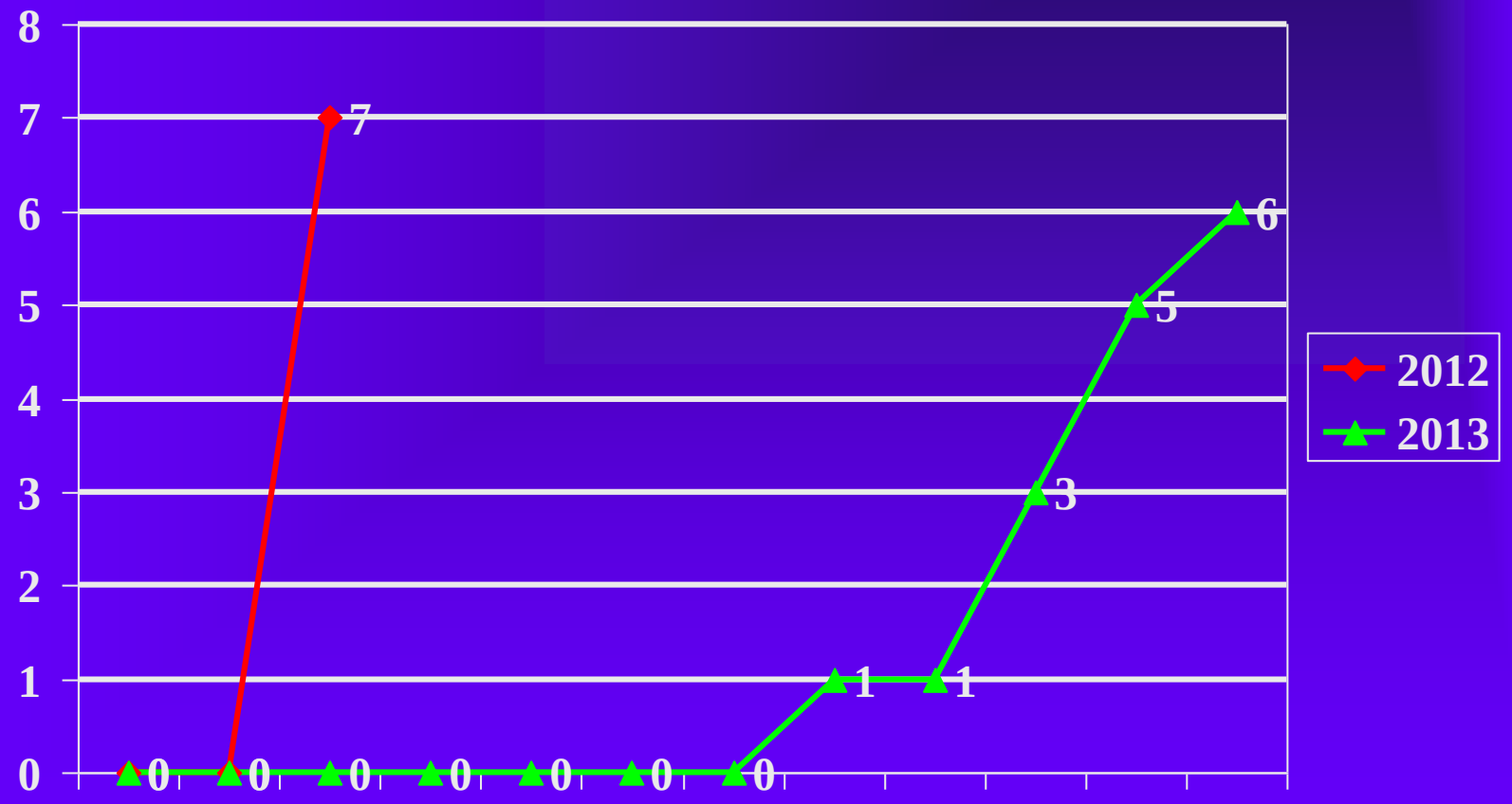
Qualifiche Operatori Coinvolti



Distribuzione aggressioni per Genere



Prognosi in giorni



Cerchiamo delle soluzioni.....

Ministero della Salute
Raccomandazione n.8 del Novembre 2007

Indirizzi operativi

1. Diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza, fisica o verbale, nei servizi sanitari e assicurarsi che operatori, pazienti, visitatori siano a conoscenza di tale politica;
2. incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi;
3. facilitare il coordinamento con le Forze di Polizia o altri soggetti che possano fornire un valido supporto per identificare le strategie atte ad eliminare o attenuare la violenza nei servizi sanitari;
4. assegnare la responsabilità della conduzione del programma a soggetti o gruppi di lavoro addestrati e qualificati e con disponibilità di risorse idonee in relazione ai rischi presenti;
5. affermare l'impegno della Direzione per la sicurezza nelle proprie strutture.

Interventi strutturali 1

1. valutare i progetti di nuova costruzione o di modifica delle strutture esistenti in funzione della eliminazione o riduzione dei fattoridi rischio connessi alla violenza;
2. valutare la necessità di installare, e mantenere regolarmente in funzione, impianti di allarme o altri dispositivi di sicurezza (pulsanti antipanico, allarmi portatili, telefoni cellulari, ponti radio) nei luoghi dove il rischio è elevato.
3. Assicurare la disponibilità di un sistema di pronto intervento nel caso in cui l'allarme venga innescato;
4. valutare la necessità, laddove la tipologia di segnalazioni pervenute lo suggerisca e sulla base delle indicazioni eventualmente fornite dagli Organi di sicurezza, di assicurare la disponibilità di metal-detector fissi o portatili atti a rilevare la presenza di armi metalliche;
5. installare un impianto video a circuito chiuso, con registrazione sulle 24 ore, nelle aree ad elevato rischio. In queste situazioni la sicurezza è un fattore prioritario rispetto alla privacy;

INTERVENTI STRUTTURALI 2

1. assicurare la disponibilità di stanze dotate dei necessari dispositivi di sicurezza nel caso di pazienti in stato di fermo, sotto effetto di alcol e droga o con comportamenti violenti;
2. assicurarsi che i luoghi di attesa siano confortevoli ed idonei a minimizzare fattori stressogeni;
3. garantire, al fine di limitarne l'accesso, la presenza e il funzionamento di idonee serrature per le stanze di visita e di trattamento, per le stanze di soggiorno e riposo degli operatori sanitari, per bagni (distinti da quelli per gli utenti), secondo eventuali indicazioni degli Organi di sicurezza;
4. prevedere, nelle aree di colloquio o di trattamento per i pazienti a rischio di crisi, la presenza di un arredo idoneo ed eliminare oggetti che possono essere usati come arma;
5. assicurare l'installazione di sistemi di illuminazione idonei e sufficienti sia all'interno della struttura che all'aperto;
6. sostituire e/o riparare, con urgenza, finestre e serrature rotte;

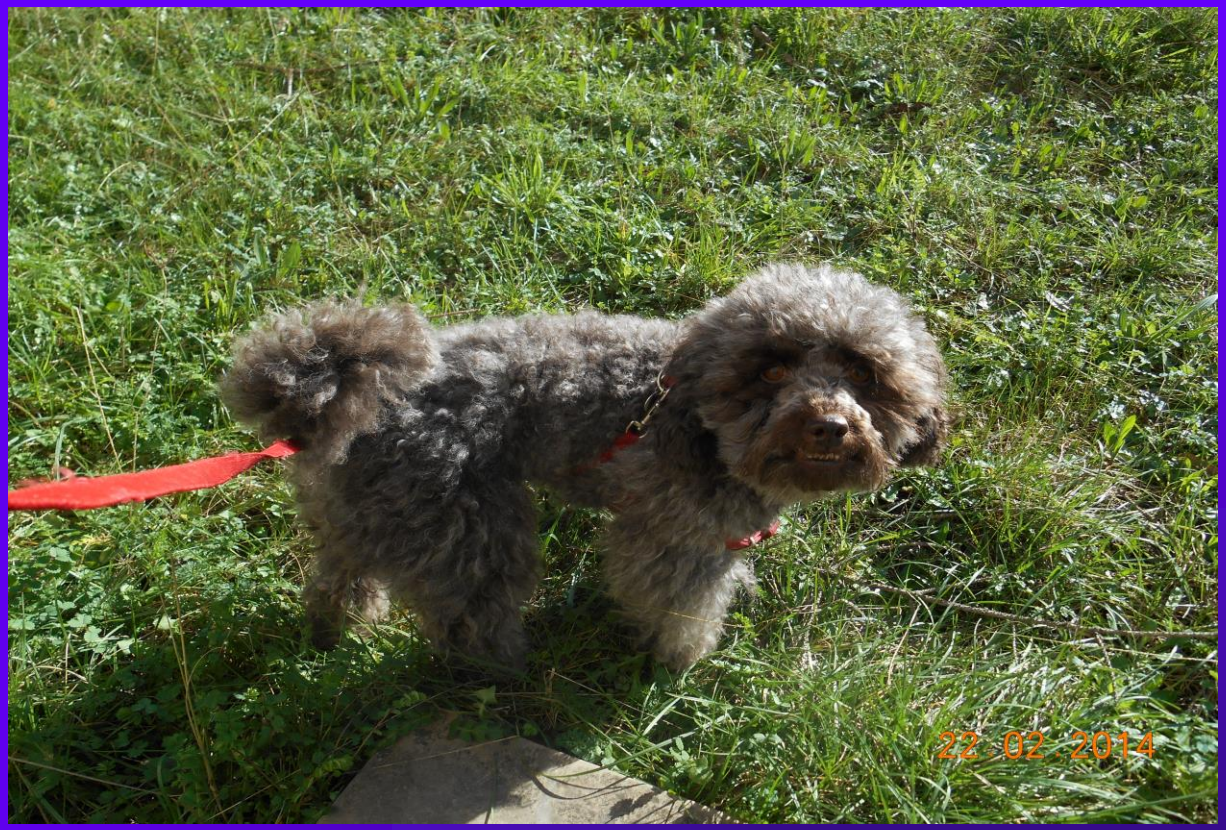
Preparazione degli Operatori

1. Esporre chiaramente a pazienti, accompagnatori, personale che gli atti di violenza non sono permessi o tollerati;.
2. stabilire un coordinamento con le Forze di Polizia e in caso di incidente fornire loro tutte le notizie utili per facilitare le indagini;
3. sensibilizzare il personale affinché vengano sempre segnalate aggressioni o minacce (ad esempio, attraverso interviste confidenziali);
4. regolamentare, se necessario, l'ingresso in alcune aree, quali l'isola neonatale o la pediatria, assegnando un pass ai visitatori e incoraggiando il rispetto di orari e procedure; predisporre e divulgare le modalità di accesso alla farmacia o agli armadi farmaceutici di reparto;
5. predisporre la presenza e disponibilità di un team addestrato a gestire situazioni critiche e a controllare pazienti aggressivi. I momenti a rischio più elevato si realizzano durante il trasporto del paziente, nella risposta all'emergenza, nelle ore notturne, mentre le aree a più alto rischio includono l'accettazione, le unità diemergenza o di trattamento acuto. Attenersi, comunque, alle procedure di sicurezza definite;
6. assicurarsi che i pazienti in attesa di una prestazione sanitaria ricevano informazioni chiare sui tempi di attesa; •definire politiche e procedure per la sicurezza e l'evacuazione di emergenza; •assicurare sempre, all'atto di una visita, di un esame diagnostico, che siano presenti due figure professionali (ad esempio, medico e infermiere) e prevedere, in caso di necessità, la presenza di un mediatore culturale; •scoraggiare il personale dall'indossare collane o usare stringhe per scarpe allo scopo di prevenire un possibile strangolamento in situazioni critiche, e dal recare con sé oggetti che potrebbero essere utilizzati per produrre lesioni; 11
7. prevedere la possibilità di fornire al personale a rischio un cartellino di identificazione recante solo il nome senza cognome;
8. assicurasi che gli accessi alle strutture e l'area di parcheggio siano ben illuminate e se necessario prevedere che il personale nelle ore notturne o serali o quando la sicurezza personale risulti minacciata sia accompagnato da addetti alla vigilanza;

Preparazione degli Operatori

1. sviluppare idonee procedure per rendere sicura l’assistenza domiciliare da parte di operatori sanitari, prevedendo la presenza di un accompagnatore durante la visita in situazioni di alto rischio o la comunicazione ad un secondo operatore dei propri spostamenti per conoscerne la localizzazione;
2. fornire al personale coinvolto le informazioni sulle procedure previste in caso di violenza subita e sulle forme di assistenza disponibili; •registrare tutti gli episodi di violenza occorsi ed elaborare le informazioni raccolte al fine di definire ogni necessaria misura di prevenzione

Nella speranza di non lasciarci così.....



…….ringraziando salutiamo!