

Seconda Università degli Studi di Napoli
Dipartimento di Medicina Pubblica, Clinica e Preventiva

L'INQUADRAMENTO GIURIDICO DELLA PROFESSIONE MEDICA.

Prof. Bruno Della Pietra
a.a. 2010-11

LA QUALIFICA GIURIDICA DEL MEDICO

Il professionista sanitario NON ha una qualifica giuridica unica ed universalmente valida.

Il medico, a seconda dell'attività svolta in concreto, può rientrare in una delle 3 figure rilevanti per il diritto penale e per l'attività amministrativa da questi svolta:

- 1) Pubblico Ufficiale;
- 2) Incaricato di Pubblico servizio;
- 3) persona esercente un servizio di pubblica necessità.

Art. 357 Codice Penale
Nozione di pubblico ufficiale

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

3

Art. 358 Codice Penale
Nozione di persona incaricata di pubblico servizio

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 quest'ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale

4

Art. 359 Codice Penale

Persone esercenti un servizio di pubblica necessità

Agli effetti della legge penale, sono persone che esercitano un servizio di pubblica necessità:

- 1) i privati che esercitano professioni forensi o sanitarie, o altre professioni il cui esercizio sia per legge vietato senza una speciale abilitazione dello Stato, quando dell'opera di essi il pubblico sia per legge obbligato a valersi;*
- 2) 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 ».*

5

L'ordinamento giuridico tiene conto che le professioni sanitarie (quella medica in particolare) costituiscono un servizio di pubblica utilità, in quanto la salute dei cittadini è un bene individuale e collettivo, alla cui tutela lo Stato è interessato (art.32 Costituzione: La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.)

Per tali motivi l'attività del medico è assoggettata al controllo dello Stato, che garantisce l'esclusiva del servizio, obbligando i cittadini a rivolgersi ai medici abilitati.

Ne deriva il fatto che la professione si svolge in regime di monopolio poiché solo i medici abilitati possono esercitare la medicina; tale privilegio, del resto comune ad altre professioni, viene riconosciuto come una necessità nell'interesse di affidare la salute pubblica a professionisti che abbiano ottenuto la patente ufficiale di capacità, evitando la pericolosa attività dei guaritori, degli empirici e degli abusivi.

6

I FONDAMENTI ETICO-GIURIDICI DELL'ATTIVITA' DEL MEDICO

"Il medico ha la prerogativa di esercitare la professione per servire l'Umanità"

(Associazione Medica Mondiale, 1975)

"Nell'esercizio della professione il medico s'impegna a dare priorità agli interessi della salute del malato"

(art. 2 Guida Europea di Etica Medica, 1982)

7

"Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza discriminazioni di età, di sesso, di razza, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace come in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera.

La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona (tale articolo recepisce la definizione di "salute" proposta dall'OMS)"

(art. 3 Codice di Deontologia Medica, 2006)

8

POTESTA'/DOVERE DI CURARE

L'atto del diagnosticare e del curare non è un *potere* o un *diritto* che proviene al medico per il fatto di essere abilitato all'esercizio della professione, bensì è un *dovere* che sorge dal rapporto (contrattuale od extracontrattuale) che si stabilisce tra medico ed assistito ed è una facoltà che il medico stesso acquisisce tramite la volontà del paziente (l'unico titolare del bene salute è il paziente stesso), il quale rimette alla discrezione ed alla competenza del curante la scelta dei mezzi diagnostici e terapeutici adatta al proprio caso.

Tutto ciò, ovviamente, dopo essere stato opportunamente informato e dopo avere espresso un valido consenso (problematica della "validità" del consenso).

9

DEONTOLOGIA GENERALE

Studio di un particolare gruppo di doveri inerenti una determinata categoria sociale o professionale

Aspetti legali della professione

Contenuti etico-sociali della professione

Deontologia legale

Divieti imposti per legge ai medici operanti nelle strutture pubbliche e nelle strutture private

Deontologia Medica

Insieme di principi e di regole che ogni medico chirurgo e ogni odontoiatra devono osservare

10

CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA (2006)

Il Codice di Deontologia Medica del 2006 riassume le norme di comportamento ritenute "vincolanti" nell'attività di ogni esercente la professione sanitaria.

Infatti, anche quelle che erano una volta considerate professioni sanitarie "di secondo livello" (infermieri, ostetrici, tecnici di laboratorio biomedico, audioprotesisti, etc...), con la riforma di tale settore (che ha sostanzialmente eliminato tale termine, identificando tutto il personale sanitario, medico e non, nella unica dizione di "professioni sanitarie") hanno riconosciuto come norma comportamentale di riferimento il Codice di Deontologia Medica (in attesa dell' eventuale emanazione di una propria norma codicistica).

11

Art. 5 Cod. Deontologico Esercizio dell'attività professionale

Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici fondamentali, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona; non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura.

Il medico deve denunciare all'Ordine ogni iniziativa tendente a imporgli comportamenti non conformi alla deontologia professionale, da qualunque parte essa provenga.

12

Art. 7
Obbligo di intervento

Il medico, indipendentemente dalla sua abituale attività, non può mai rifiutarsi di prestare soccorso o cure d'urgenza e deve tempestivamente attivarsi per assicurare ogni specifica e adeguata assistenza.

Art. 8
Calamità

Il medico, in caso di catastrofe, di calamità o di epidemia, deve mettersi a disposizione dell'Autorità competente.

13

Art. 12
Prescrizione e trattamento terapeutico

La prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o quantomeno a un fondato sospetto diagnostico.

Su tale presupposto, al medico è riconosciuta autonomia nella programmazione, nella scelta e nella applicazione di ogni presidio diagnostico e terapeutico, anche in regime di ricovero, fatta salva la libertà del paziente di rifiutarle e di assumersi la responsabilità del rifiuto stesso.

14

Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche anche al fine dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente.

Il medico è tenuto ad una adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e delle prevedibili reazioni individuali, nonché delle caratteristiche di impiego dei mezzi diagnostici e terapeutici e deve adeguare, nell'interesse del paziente, le sue decisioni ai dati scientifici accreditati e alle evidenze metodologicamente fondate (problematica dell'obbligo di "aggiornamento tecnico-professionale" del medico)

15

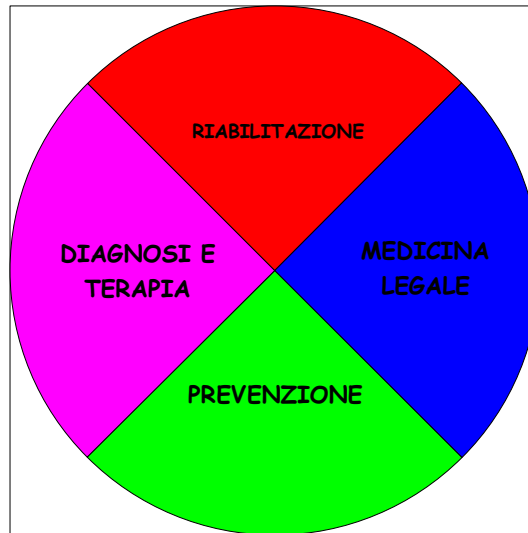
In nessun caso il medico dovrà accedere a richieste del paziente in contrasto con i principi di scienza e coscienza allo scopo di compiacerlo, sottraendolo alle sperimentate ed efficaci cure disponibili (problematica della "validazione" delle cosiddette Medicine Alternative)

La prescrizione di farmaci, per indicazioni non previste dalla scheda tecnica o non ancora autorizzate al commercio, è consentita, purchè la loro efficacia e tollerabilità sia scientificamente documentata (problematica della sperimentazione del farmaco sulla popolazione).

In tali casi, acquisito il consenso scritto del paziente debitamente informato, il medico si assume la responsabilità della cura ed è tenuto a monitorarne gli effetti

16

Legge n° 833/1978
Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale



Legge n° 833/1978

Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale

Solo dopo l'emanazione della Legge di Riforma Sanitaria si è compreso che la ripartizione in quattro settori dell'intervento sanitario non doveva essere inteso nella dimensione di "comparti adiacenti", ma nell'ottica di "settori contigui dello stesso cerchio tesi ad un'unitarietà e globalità dell'offerta sanitaria".

Proprio in tale dimensione si è affermata la realtà della Medicina Legale che sottende e supporta ogni aspetto disciplinare dell'offerta sanitaria – dalla prevenzione alla riabilitazione – per cui la relazione interna al cerchio deve essere continua e reciproca.

Nel corso di questi anni l'evoluzione della ricerca scientifica e l'emanazione di nuove Leggi – in uno con l'evoluzione della dottrina giuridica e giurisprudenziale di merito – ha fatto sì che le tematiche medico-legali che hanno invaso il Sistema Sanitario siano divenute numerose ed ognuna con diversissime sfaccettature che solo in parte possono essere di seguito riportate.

Alcune delle Tematiche medico-legali prevalenti ed attuali nel Servizio Sanitario Nazionale

- Diritti inviolabili della persona: eutanasia, donazione di organi e tessuti (trasfusioni), clonazione;
- Diritti del malato o del cittadino utente del S.S.N.;
- Informazione;
- Consenso;
- Segreto professionale;
- Privacy;
- Sperimentazione;
- Responsabilità professionale;
- Urgenza ed emergenza;
- Rapporto-denuncia o Referto;
- Legittimità dei trattamenti sanitari (volontari o T.S.O.);
- Accanimento terapeutico;
- Le “dipendenze” e le cure alternative (operatori di strada, comunità terapeutiche, recupero e riqualificazione professionale, ecc.);
- Trattamento dell’AIDS;
- Disagio minorile;

Alcune delle Tematiche medico-legali prevalenti ed attuali nel Servizio Sanitario Nazionale

- Sessualità e riproduzione (I.V.G. e P.M.A.);
- Sessualità diversa;
- Problematiche della consulenza genetica;
- Adozione ed affidamento;
- Assistenza e riabilitazione psichiatrica;
- Geriatria ed assistenza domiciliare;
- Medicina trasfusionale;
- Espianti e trapianti;
- Rischio professionale e rischio ambientale;
- Farmacovigilanza;
- Invalidità civile;
- Disabilità ed handicap ⇒ I.C.F.;
- Causalità di servizio <= / => I.N.A.I.L.;
- Medicina necroscopica e Cremazione;
- Medicina penitenziaria e compatibilità con lo stato di detenzione;
- Problematiche della malpractice e rischio clinico;
- Nuove figure professionali sanitarie.

Alla riforma sanitaria (per antonomasia) è succeduta la cosiddetta *riforma bis* introdotta dal D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 modificato dal D.Lgs. 7 dicembre 1993 n. 517 al quale è riconducibile l'introduzione dell'attuale modello di organizzazione del S.S.N. con l'aziendalizzazione del sistema secondo i principi dell'efficacia, dell'efficienza, dell'economicità e della competitività.

Alla riforma *bis* è seguita la *ter* (D.Lgs. n. 229 del 19.6.1999) seguita da numerosi ed ulteriori "aggiustamenti normativi" (D.Lgs. 168/00, 254/00, 347/01 convertito nella L. 405/01).

Proprio il dettato normativo dell'art. 17 bis del D.Lgs n. 229 del 19 giugno 1999 inerente le "*Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale*" *si è pervenuti nelle AA.SS.LL.* - alla luce dell'articolo 1 della L. 30 novembre 1998, n. 419 - all'individuazione, al comma 1, della "organizzazione Dipartimentale" quale "modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende Sanitarie".

Il Dipartimento è un modello di organizzazione aziendale che assicura il coordinamento e l'indirizzo delle attività che vengono svolte nelle Unità Distrettuali operando, inoltre, linee di ricerca programmatica e rapporti di collaborazione con altre discipline.

Sulla base, quindi, di tali indirizzi normativi nella Regione Campania – ed in particolare nell'ASL NA1 – l'attività medico-legale (in particolare quella certificativa) ha conosciuto un percorso diverso dalle altre Regioni (ove erano state emanate Leggi Regionali sull'istituzione dei Servizi di Medicina Legale) per cui l'attività, a livello distrettuale, è stata inserita dapprima nell'ambito del Servizio Medicina Preventiva e Sociale [retaggio della grande esperienza dei Medici Condotti e degli Ufficiali Sanitari] e solo successivamente sono state istituite le U.O. Medicina Legale e I.C.

Ma l'evoluzione della Medicina Pubblica verso maggiori 'competenze' in ambito territoriale ha reso ormai improcrastinabile l'individuazione di figure professionali sanitarie – in particolare di medici – che si allontanino dalla 'terapia' e diventino sempre più competenti in tema di prevenzione, riabilitazione e medicina legale.

In tutti questi anni ho potuto osservare e vivere in prima persona l'evoluzione normativa per la quale, notevolmente e profondamente, sono cambiate le attribuzioni della Medicina Legale in ambito ospedaliero e territoriale e da tale esperienza – insieme con altri Colleghi dell'ASL NA1 – si è pervenuti alla proposizione del “modello organizzativo” di un “Dipartimento funzionale” che ci è sembrato corretto ed attuale denominare “Dipartimento di Medicina Pubblica Valutativa”.

Tale Dipartimento presentava aspetti anche di “aggiornamento e formazione professionale” verso quelli che sono i reali bisogni delle AA.SS.LL. sul territorio.

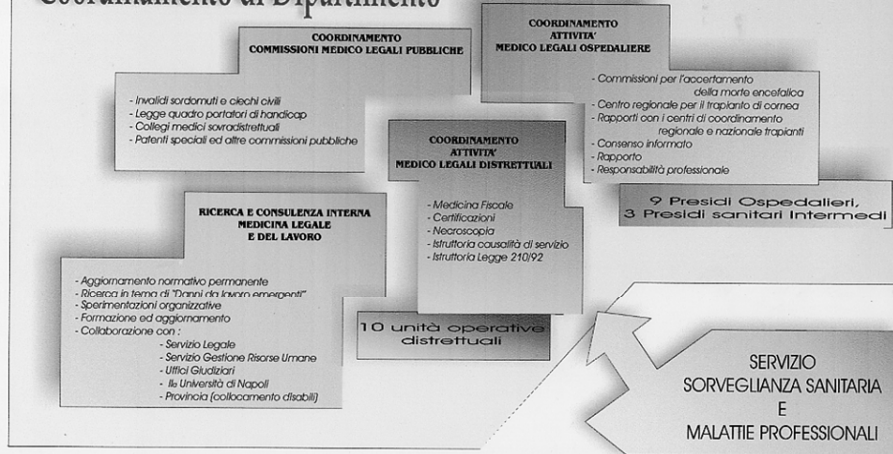
Nella sua originaria proposizione tale Dipartimento prevedeva la formulazione di una proposta di organizzazione della Medicina Legale in un'ottica innovativa di “Medicina Pubblica Valutativa” che avesse una continua, stretta e prevalente correlazione con la Medicina del Lavoro rappresentata dal “Servizio Sorveglianza Sanitaria e Malattie Professionali”. La proposta di “Dipartimento Funzionale” che ne è derivata viene sinotticamente riportata nella Tavola allegata.

La progettualità del Dipartimento della “M.P.V.” aveva, quale fine, quello di garantire al cittadino la corretta valutazione dei “rischi” negli ambienti di vita e di lavoro e del relativo “danno” – se verificatosi – realizzando la completa integrazione, attraverso il miglioramento delle attività clinico-valutative e di certificazione, in termini di efficienza e di efficacia, potendo pervenire anche al raggiungimento dell'obiettivo del contenimento della spesa attraverso la razionalizzazione delle risorse.

La proposta di “Dipartimento Funzionale” che ne è derivata viene sinotticamente riportata nella successiva diapositiva ove si rileva come esso sia rappresentato da quattro Settori in coordinamento con il “Servizio Sorveglianza Sanitaria e Malattie Professionali”:

1. Settore “Ricerca e Consulenza Interna Medicina Legale e del Lavoro”;
2. Settore “Coordinamento Commissioni Medico Legali Pubbliche”;
3. Settore “Coordinamento Attività Medico Legali Distrettuali”;
4. Settore “Coordinamento Attività Medico Legali Ospedaliere”.

Coordinamento di Dipartimento



A.S.L. Napoli 1-II Direttore Generale: Prof. Angelo Montemarano. Direttore Amministrativo: Dott. Raffaele Ateniese. Direttore Sanitario: Dott. Giustino De Luca.
Si ringrazia per il contributo alla realizzazione del Dipartimento i Dottori: Rosario Tarzia, Franco Minicuci, Teofilo Vignone, Bruno Della Pietra, Giuseppe Guadagno, Camillo d'Andrea, Giovanni Paudice.

Seconda Università degli Studi di Napoli
Dipartimento di Medicina Pubblica, Clinica e Preventiva

IL REATO E L'ELEMENTO PSICOLOGICO DEL REATO.

Prof. Bruno Della Pietra
a.a. 2010-11

IL REATO

IL REATO E' OGNI FATTO ILLECITO AL QUALE L'ORDINAMENTO GIURIDICO COLLEGA COME CONSEGUENZA UNA PENA.

Art. 39.

Reato: distinzione fra delitti e contravvenzioni.

I reati si distinguono in delitti e contravvenzioni, secondo la diversa specie delle pene per essi rispettivamente stabilite da questo codice.

Esso consiste in una violazione della legge penale, cioè la infrazione di un divieto o l'inadempienza di un comando.

In passato ebbe luogo la tripartizione dei reati in crimini, delitti e contravvenzioni.

Il codice attuale segue il sistema dicotomico, distinguendo i delitti e le contravvenzioni in base alla qualità delle pene comminate: i delitti sono i reati più gravi, puniti con l'ergastolo, la reclusione o la multa; le contravvenzioni sono i reati meno gravi, puniti con l'arresto o l'ammenda.

OGGETTO E SOGGETTO DEL REATO

• **Oggetto del reato è l'individuo o la cosa su cui cade l'azione del reo.**

• **Soggetto attivo del reato è l'uomo che compie l'azione costituente il reato stesso. Il c.p. indica il soggetto attivo coi nomi di agente, di colpevole, di autore, di reo.**

• **Soggetto passivo del reato è il titolare del bene e interesse protetto dalla legge, cioè la persona offesa dal reato (vittima).**

• **Danneggiato è qualunque persona alla quale il reato ha cagionato un danno.**

ELEMENTI COSTITUTIVI DEL REATO

Si distinguono in *essenziali* e *accidentali*.

Gli essenziali sono indispensabili per l'esistenza del reato ed a loro volta si distinguono in *psicologici* e *materiali*.

Quelli psicologici o soggettivi sono costituiti dallo *scopo* e dalla *volontà*.

Quelli materiali o oggettivi sono rappresentati dalla *condotta* e dall'*evento*.

Quindi secondo questa bipartizione, il reato richiede "*una volontà colpevole e un fatto materiale*".

Fatto materiale

Il fatto si compone dell'azione e dell'evento. L'azione umana da sola non basta a costituire l'elemento materiale del reato (a questa regola fanno eccezione i reati di mera condotta), ma occorre anche un risultato che sia l'effetto dell'azione stessa.

Bisogna quindi considerare tre aspetti:

- l'azione o meglio condotta, che consiste in un comportamento umano che produce una modificazione del mondo esteriore.
- l'evento è una modificazione del mondo esteriore prodotta o non impedita dalla condotta umana;
- il nesso di causa: nesso che intercorre tra due fenomeni, che assumono l'uno la qualità di causa l'altra di effetto.

IL RAPPORTO DI CAUSALITA'

Art. 40 c.p. Rapporto di causalità

Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende la esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione [art. 41 (Concause); art. 45 (Caso fortuito o forza maggiore)].

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

IL RAPPORTO DI CAUSALITA'

Art. 41 c.p. Concorso di cause

Il concorso di cause preesistenti o simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall'azione colpevole, non esclude il rapporto di causalità (40) fra l'azione od omissione e l'evento.

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

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

La causa può essere definita come l'antecedente necessario e sufficiente a produrre l'effetto, cioè idonea in senso qualitativo, quantitativo e modale.

L'effetto è il fenomeno susseguente che è legato in modo invariabile e incondizionato all'antecedente.

Nel concetto di causa rientrano tre elementi costitutivi o requisiti fondamentali:

- antecedenza è un requisito logico e empirico al tempo stesso; infatti un fenomeno non può produrre un altro se non lo precede nel tempo. Ma l'antecedenza non esprime di per sé un nesso causale: essa può indicare un rapporto *cronologico* oppure un rapporto *eziologico*, se si ha una semplice successione o una vera connessione di fenomeni.

- necessità è un elemento di definizione negativo, ossia è un criterio di esclusione. E' *necessario* tutto ciò che non può essere eliminato senza l'eliminazione parziale o totale del risultato e non è causa, l'antecedente che può essere eliminato senza che l'effetto manchi o sia diverso.

Il requisito della necessità implica quindi che senza l'intervento del fenomeno antecedente, quello susseguente non avrebbe potuto prodursi.

- sufficienza è un elemento di definizione positivo e rappresenta l'idoneità effettuale, cioè l'intrinseca attitudine a cagionare un determinato evento. Un fenomeno si dice *sufficiente* quando è capace di produrre un evento da solo, senza bisogno che intervenga un altro fenomeno.

Causalità unica e concausalità

- Si ha la *causalità unica* quando una causa è di per sé sufficiente a produrre l'effetto. Pertanto, diciamo che la causa è *unica* quando è possibile escludere il concorso di altri fattori causali.
- Si ha la *causalità multipla* o *concausalità* quando uno stesso effetto riconosce più cause che agiscono simultaneamente o in tempi diversi, cioè cause le quali singolarmente non sono idonee a produrlo.
- Definiamo quindi *concausa* o *momento sciogliente* o *liberatore* l'antecedente necessario ma da solo non sufficiente a produrre un determinato effetto.

Definiamo occasione una circostanza che favorisce la messa in azione della causa ma che non incide sull'evento

Definiamo coincidenza una circostanza di luogo o di tempo indifferente alla messa in azione della causa ed alla produzione dell'evento

Momento rivelatore: ciò che rivela non causa.

Teorie della causalità

■ Teoria dell'equivalenza delle cause

Questa teoria, detta anche della *condicio sine qua non*, identifica la causa con la totalità degli antecedenti, ognuno dei quali è necessario al verificarsi dell'evento. Tutte le condizioni di un determinato evento sono egualmente essenziali e nessuna di esse può essere separata dal complesso fenomenologico, senza mettere in questione l'evento stesso. Per affermare l'esistenza del rapporto di causalità basta che l'uomo abbia realizzato una soltanto delle condizioni senza la quale l'evento non si sarebbe verificato. La teoria dell'equivalenza ha il difetto di livellare tutti gli antecedenti senza distinguere tra cause, concause, condizioni e occasioni e di estendere eccessivamente il concetto di causa nel campo del diritto.

• Teoria della prevalenza delle cause

Vi fanno parte quelle teorie che cercano di differenziare, mediante criteri qualitativi o quantitativi, la causa vera dalla condizione e dall'occasione, individuando tra i vari antecedenti di un fatto quello che ha esercitato il ruolo decisivo. Secondo la *teoria della causalità adeguata* è causa soltanto l'antecedente idoneo a produrre l'evento e il rapporto di causalità sussiste ogni qualvolta l'uomo ha posto in essere un'azione adeguata a produrre l'evento.

Questa teoria ha il limite di restringere eccessivamente il campo della responsabilità penale, poiché il criteri dell'adeguatezza, fondato sul calcolo della probabilità teorica, impedirebbe di attribuire all'uomo quegli eventi che al momento del fatto si presentano come improbabili, ossia straordinari e pur tuttavia dipendono causalmente dalla sua azione. Non dissimile è la teoria della *causa efficiente*, secondo la quale l'efficienza causale è quella che ha la forza determinante sul risultato e distingue la causa dalla condizione e dall'occasione: infatti la causa è ciò che produce. Tuttavia, il requisito dell'efficienza è difficile da determinarsi in concreto.

L'accertamento del nesso di causa in Medicina Legale segue un metodo proprio che imposta la valutazione del nesso di causalità in base a un insieme di elementi di giudizio che sono:

- il criterio cronologico;
- il criterio topografico;
- il criterio della continuità fenomenica;
- il criterio di idoneità (adeguatezza qualitativa ed efficienza quantitativa);
- il criterio di esclusione;
- il criterio anamnestico-circostanziale;
- il criterio epidemiologico;
- il criterio clinico;
- il criterio anatomo-patologico;
- il criterio chimico-tossicologico.

RESPONSABILITÀ PENALE

Art. 27 della Costituzione.

La responsabilità penale è personale.

L'imputato non è considerato colpevole sino alla condanna definitiva.

Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato.

Non è ammessa la pena di morte.

La responsabilità penale è *personale* (art. 27 della Costituzione) in quanto deve scaturire da un fatto colpevole individuale, ascrivibile ad una determinata persona, mentre è esclusa la responsabilità per fatto altrui.

- **Capacità giuridica:** si acquisisce all'atto della nascita ed è l'attitudine ad essere titolari di diritti e di doveri; è il presupposto dell'esistenza giuridica della persona e la condizione necessaria affinché il cittadino sia ritenuto idoneo ad avere interessi degni di tutela.
- **Capacità di agire:** si acquisisce col raggiungimento della maggiore età e consiste nell'attitudine ad esercitare diritti e ad adempiere agli obblighi compiendo manifestazioni di volontà (atti) produttivi di effetti giuridici.

La differenza tra la capacità giuridica e la capacità di agire è che la prima è riconosciuta indistintamente a tutti i cittadini in quanto persone fisiche, la seconda è riconosciuta a coloro che abbiano raggiunto con l'età la maturità intellettuale e volitiva adeguate a consentire di operare scelte con coscienza e volontà (autodeterminazione).

CAPACITA' D'INTENDERE

Capacità d'intendere vuol dire attitudine a rendersi conto degli atti compiuti, a comprenderne i motivi, il significato e le relazioni col mondo esteriore e quindi a prevedere la portata e le conseguenze della propria condotta (*la coscienza dell'agire*). Perciò il soggetto agente, avendo la capacità di intendere, è in grado di discernere rettamente se le sue azioni siano buone o cattive (valore morale), siano lecite o illecite (valore giuridico), siano utili o dannose all'interesse comune (valore sociale).

CAPACITA' DI VOLERE

È la facoltà di autodeterminarsi in base a motivi conosciuti e di scegliere liberamente la condotta adatta allo scopo (*la libertà dei propri atti*); vuol dire anche capacità di inibirsi, di resistere agli impulsi moventi e di saper frenare le forze impellenti dei sentimenti e del tornaconto personale.

RESPONSABILITÀ CIVILE

Art. 2043 Risarcimento per fatto illecito

Qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno (Cod. Pen. 185).

Art. 1218 Responsabilità del debitore

Il debitore che non esegue esattamente (1307, 1453) la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno (2740), se non prova (1673, 1681, 1693, 1784, 1787, 1805-2, 1821) che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile (1256; att. 160).

RESPONSABILITÀ PENALE

Art. 42.

**Responsabilità per dolo o per colpa o per delitto preterintenzionale.
Responsabilità obiettiva.**

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

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

La legge determina i casi nei quali l'evento è posto altrimenti a carico dell'agente, come conseguenza della sua azione od omissione.

Nelle contravvenzioni ciascuno risponde della propria azione od omissione cosciente e volontaria sia essa dolosa o colposa.

RESPONSABILITÀ PENALE

Art. 43. Elemento psicologico del reato.

Il delitto: è doloso, o secondo l'intenzione, quando l'evento dannoso o pericoloso, che è il risultato dell'azione od omissione e da cui la legge fa dipendere l'esistenza del delitto, è dall'agente preveduto e voluto come conseguenza della propria azione od omissione;
è preterintenzionale, o oltre l'intenzione, quando dall'azione od omissione deriva un evento dannoso o pericoloso più grave di quello voluto dall'agente;

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

La distinzione tra reato doloso e reato colposo, stabilita da questo articolo per i delitti, si applica altresì alle contravvenzioni, ogni qualvolta per queste la legge penale faccia dipendere da tale distinzione un qualsiasi effetto giuridico.

RESPONSABILITÀ PENALE

Il c.p. distingue due forme di responsabilità:

la forma *soggettiva*, quando il fatto è commesso con coscienza e volontà, che deriva da dolo, da praeterintenzione o da colpa;

la forma *oggettiva*, quando si risponde di un reato commesso pur mancando il nesso psichico tra il fatto e l'autore.

IL DOLO

E' la forma più tipica di volontà colpevole.

Consiste nella previsione e nella volontà dell'evento quale conseguenza della propria azione od omissione.

DOLO INTENZIONALE (O DIRETTO): volontà e previsione dell'evento;

DOLO EVENTUALE (O INDIRETTO): previsione e non volontà pur accettando il rischio dell'evento (es. automobilista in fuga tra la folla); al confine con la colpa cosciente (l'autore prevede ma non ritiene probabile l'evento in virtù delle proprie capacità e abilità).

LA PRETERINTENZIONE

La struttura, nel delitto preterintenzionale, consiste nella volontà di un evento minore, che ne rappresenta la base dolosa, e la non-volontà di un evento più grave, neppure a titolo di dolo eventuale.

LA COLPA

L'autore non vuole l'evento ma lo determina per negligenza, imprudenza, imperizia, o per non aver osservato leggi, regolamenti, ordini, discipline.

LA PREVEDIBILITA' DELL'EVENTO

Vi è colpa soltanto quando era prevedibile che dall'azione sarebbe derivato l'evento nocivo.

Se l'evento non era prevedibile nessun rimprovero si potrà muovere all'agente.

La prevedibilità si riferisce alla possibilità che una certa popolazione di persone nelle stesse condizioni dell'agente poteva ragionevolmente aspettarsi quell'evento come conseguenza, non voluta, dell'azione o dell'omissione.

NEGLIGENZA: violazione di norme che prescrivono determinate modalità di condotta.

IMPRUDENZA: violazione di norme che vietano certe azioni o modalità di esse.

IMPERIZIA: violazione di particolari regole tecniche per lo svolgimento di determinate attività.

Dolo eventuale o colpa cosciente nell'omicidio colposo

“... il *dolo eventuale* è ... rappresentazione della (concreta) possibilità della realizzazione del fatto e accettazione del rischio (quindi, volizione) di esso; la *colpa cosciente* è invece rappresentazione della (astratta, o meglio, 'semplice') possibilità della realizzazione del fatto, ma accompagnata dalla sicura fiducia che in concreto non si realizzerà (quindi, non volizione)” ... “la linea di demarcazione tra *dolo eventuale* e *colpa cosciente* è individuata nel diverso atteggiamento psicologico dell'agente che, nel primo caso, accetta il rischio che si realizzi un evento diverso non direttamente voluto, mentre nella seconda ipotesi, nonostante l'identità di prospettiva, respinge il rischio, confidando nella propria capacità di controllare l'azione” (Cass., Sez. IV, 10.10.1996, n. 11024).

CIRCOSTANZE AGGRAVANTI COMUNI (art. 61 C.P.).

- 1) l'aver agito per motivi abietti o futili;
- 2) l'aver commesso il reato per eseguirne od occultarne un altro, ovvero per conseguire o assicurare a sè o ad altri il prodotto o il profitto o il prezzo ovvero l'impunità di un altro reato;
- 3) l'aver, nei delitti colposi, agito nonostante la previsione dell'evento;
- 4) l'aver adoperato sevizie, o l'aver agito con crudeltà verso le persone;
- 5) l'aver profittato di circostanze di tempo, di luogo o di persona tali da ostacolare la pubblica o la privata difesa;

6) l'aver il colpevole commesso il reato durante il tempo in cui si è sottratto volontariamente alla esecuzione di un mandato o di un ordine di arresto o di cattura o di carcerazione, spedito per un precedente reato;

7) l'aver, nei delitti contro il patrimonio o che comunque offendono il patrimonio, ovvero nei delitti determinati da motivi di lucro, cagionato alla persona offesa dal reato un danno patrimoniale di rilevante entità;

8) l'aver aggravato o tentato di aggravare le conseguenze del delitto commesso;

9) l'aver commesso il fatto con abuso dei poteri, o con violazione dei doveri inerenti ad una pubblica funzione o ad un pubblico servizio, ovvero nella qualità di ministro di un culto;

10) l'aver commesso il fatto contro un pubblico ufficiale o una persona incaricata di un pubblico servizio, o rivestita della qualità di ministro del culto cattolico o di un culto ammesso nello Stato, ovvero contro un agente diplomatico o consolare di uno Stato estero, nell'atto o a causa dell'adempimento delle funzioni o del servizio;

11) l'aver commesso il fatto con abuso di autorità o di relazioni domestiche, ovvero con abuso di relazioni d'ufficio, di prestazioni d'opera, di coabitazione o di ospitalità.

N.B. Per la Legge 6 feb. 1980, n°15, tutti i reati sono aggravati quando siano determinati da motivi di terrorismo e di eversione