

MEDICINA LEGALE, CRIMINALISTICA E SCIENZE SOCIALI
COLLANA INTERNAZIONALE DIRETTA DA FRANCESCO VINCI

I7

Direttore

FRANCESCO VINCI
Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

Comitato scientifico

FRANCESCO VIMERCATI
Già professore ordinario di Medicina Legale
Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

FRANCESCO CAVONE
Giudice unico
Tribunale di Brindisi — Sezione distaccata di Ostuni

NICOLETTA VENTURA
Professore a contratto di Diritto penale minorile
Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

MEDICINA LEGALE, CRIMINALISTICA E SCIENZE SOCIALI
COLLANA INTERNAZIONALE DIRETTA DA FRANCESCO VINCI

Questa Collana Internazionale è una raccolta di studi di significativo rilievo scientifico che affrontano, con rigore metodologico, argomenti a valenza multidisciplinare, importanti anche sul piano giudiziario. Corredati di bibliografia aggiornata e sovente, di iconografia a colori, i libri inseriti nella presente Collana costituiscono fonte di aggiornamento e di approfondimento per medici e giuristi, nonché validi strumenti didattici.

I volumi pubblicati nella presente Collana editoriale sono stati valutati secondo il sistema di revisione tra pari.

This International Series is a collection of relevant scientific studies which, with multidisciplinary contribution and methodological rigour focus specifically on judicial matters. The books in this Series include the most recent bibliography, often colour image and constitute tools of improvement and update for doctors and jurists.

The books published in this Series are blind peers reviewed.

FRANCESCO VINCI, ANTONIO DE DONNO, MARICLA MARRONE,
ALESSANDRA STELLACCI, BENEDETTA PIA DE LUCA,
SALVATORE MOLITERNO, LUIGI BUONGIORNO

SINOSSI
DI MEDICINA LEGALE
AD USO DEGLI STUDENTI
DEI CORSI DI LAUREA
PER LE PROFESSIONI
SANITARIE E DI GIURISPRUDENZA





©

ISBN
979-12-5994-692-8

PRIMA EDIZIONE
ROMA 5 GENNAIO 2022

INDICE

- 11 *Introduzione*
- 13 Capitolo I
Generalità sulla medicina legale
1.1. Il codice penale, 13 – 1.2. Alcuni articoli del codice penale attualmente in vigore in Italia, 14 – 1.2.1. *L'elemento materiale del reato ed il rapporto di causalità*, 15 – 1.3. Accertamento del rapporto di causalità, 17 – 1.4. L'elemento psicologico del reato, 19
- 21 Capitolo II
Cause di esclusione della punibilità
2.1. Cause di esclusione dell'antigiuridicità, 21 – 2.2. Cause di esclusione della colpevolezza, 22 – 2.3. Cause di esclusione dell'imputabilità, 23 – 2.4. Altre condizioni di esclusione dell'imputabilità, 24 – 2.5. Ubriachezza, 25 – 2.6. Intossicazione da stupefacenti, 26 – 2.7. Stati emotivi e passionali, 27 – Questionario autovalutativo, 28
- 29 Capitolo III
Delitti contro la vita e l'incolumità dell'individuo
3.1. Delitti contro l'incolumità dell'individuo, 29 – 3.1.1. *Il reato di percosse*, 29 – 3.2. Delitti contro la vita, 37 – 3.2.1. *Omicidio*, 37 – 3.2.2. *Aspetti medico-legali dell'infanticidio*, 45 – 3.2.3. *Omissione di soccorso*, 52 – 3.3. Reati in materia di interruzione della gravidanza, 54 – 3.3.1. *Condizioni legali di interruzione di gravidanza*, 56 – 3.3.2. *Interruzione della gravidanza e minore età*, 58 – 3.3.3. *Interruzione della gravidanza in donna interdetta*, 58 – 3.3.4. *Delitti in materia di interruzione di gravidanza*, 58 – 3.4. Delitti sessuali, 64 – 3.4.1. *Pedofilia*, 68 – 3.4.2. *Molestie sessuali sul luogo di lavoro*, 68 – 3.4.3. *Accertamento medico legale nei casi di violenza sessuale*, 69 – 3.4.4. *Altri tipi di reati sessuali*, 71 – Questionario autovalutativo, 72
- 73 Capitolo IV
Il codice civile
4.1. Interdizione ed inabilitazione, 74 – 4.1.1. *Interdizione giudiziale*, 74 – 4.1.2. In-

abilitazione, 75 – 4.2. Responsabilità civile e risarcimento del danno alla persona, 75 – 4.2.1. *Responsabilità extracontrattuale*, 76 – 4.2.2. *Responsabilità contrattuale*, 76 – 4.2.3. *Il risarcimento del danno*, 77 – Questionario autovalutativo, 80

73 Capitolo V

Tanatologia

5.1. Accertamento della morte, 82 – 5.2. Fenomeni cadaverici, 83 – 5.2.1. *Fenomeni abiotici primitivi o immediati*, 84 – 5.2.2. *Fenomeni abiotici secondari o consecutivi*, 85 – 5.2.3. *Fenomeni putrefattivi*, 92 – 5.3. Regolamento di polizia mortuaria, 100 – Questionario autovalutativo, 102

103 Capitolo VI

Patologia medico-legale

6.1. Lesioni di natura meccanica, 103 – 6.1.1. *Lesioni da corpo contundente*, 103 – 6.2. Patologie da suoni e ultrasuoni, 113 – 6.3. I grandi traumatismi, 114 – 6.3.1. *Incidenti stradali*, 115 – 6.3.2. *Precipitazione*, 119 – 6.3.3. *Esplosioni*, 122 – 6.3.4. *Compressione del mantice respiratorio*, 122 – 6.4. Ferite da arma bianca, 122 – 6.4.1. *Ferite da punta*, 123 – 6.4.2. *Ferite da taglio*, 125 – 6.4.3. *Lesioni da punta e taglio*, 128 – 6.4.4. *Lesioni da fendente*, 129 – 6.5. Asfissologia, 130 – 6.5.1. *Soffocamento*, 133 – 6.5.2. *Impiccamento*, 133 – 6.5.3. *Strangolamento*, 136 – 6.5.4. *Strozzamento*, 138 – 6.5.5. *Garrotamento*, 139 – 6.5.6. *Anneggamento*, 139 – 6.5.7. *Sommersione interna*, 144 – 6.5.8. *Intasamento*, 144 – 6.5.9. *Costrizione esterna del torace*, 145 – 6.6. Lesioni da agenti fisici, 145 – 6.6.1. *Lesioni da calore*, 145 – 6.6.2. *Lesioni da bassa temperatura*, 149 – 6.6.3. *Lesioni da elettricità*, 152 – 6.6.4. *Lesioni da correnti naturali (fulmini)*, 155 – 6.6.5. *Lesioni da corrente elettrica e tipologie dell'evento*, 156 – 6.6.6. *Baropatie*, 157 – Questionario autovalutativo, 160

163 Capitolo VII

Lesioni da arma da fuoco

7.1. Lesioni da arma da fuoco a proiettile unico: lesioni di ingresso, 163 – 7.1.1. *Il tramite*, 164 – 7.1.2. *Il foro di uscita*, 165 – 7.1.3. *Lesioni non penetranti*, 166 – 7.1.4. *Lesioni sulle ossa*, 167 – 7.1.5. *Lesioni sugli organi*, 168 – 7.2. Lesioni da proiettili “antirivolta”, 168 – 7.3. Lesioni da proiettili esplosi da armi ad aria compressa, 169 – 7.4. La distanza di sparo (cartucce a proiettile unico), 169 – 7.5. Peculiarità del foro di ingresso per colpi esplosi a contatto (azione dei gas), 170 – 7.6. Lesioni da cartucce a salve (azione dei gas), 170 – 7.7. Peculiarità del foro di ingresso per colpi esplosi a distanza ravvicinata, 170 – 7.7.1. *Effetti della fiamma*, 171 – 7.7.2. *Effetto delle particelle di polvere incombusta o parzialmente combusta*, 171 – 7.8. Uso di silenziatori, 172 – 7.9. Lesioni da cariche multiple, 173 – 7.9.1. *Effetti delle cariche multiple*, 174 – 7.9.2. *La distanza di sparo (cartucce a carica multipla)*, 176 – Questionario autovalutativo, 177

179 Capitolo VIII

Tossicologia

8.1. L'analisi tossicologica forense e gli avvelenamenti, 179 – 8.1.1. *Azione tossica*, 179 – 8.1.2. *Classificazione dei veleni e degli avvelenamenti*, 180 – 8.2. Diagnosi di avvelenamento, 181 – 8.2.1. *Metodiche analitiche di conferma (cromatografia su strato sottile*,

gas cromatografia e gas massa), 183 – 8.3. Intossicazione da sostanze stupefacenti, 184 – 8.3.1. *Legislazione sui tossicodipendenti*, 184 – 8.4. Effetti dell’etanolo, 186 – 8.4.1. *Dipendenza*, 188 – 8.4.2. *Indagini di laboratorio*, 189 – 8.5 Effetti dell’alcool metilico, 189 – 8.6. Effetti della cannabis, 189 – 8.7. Effetti dell’amfetamina, 190 – 8.8. Effetti della cocaina, 192 – 8.9. Dipendenza da farmaci allucinogeni, 193 – 8.10. Effetti di morfina ed eroina, 194 – 8.10.1. *Tolleranza e dipendenza fisica*, 194 – 8.11. Classificazione degli stupefacenti in base ai loro effetti sul SNC, 196 – 8.12 Avvelenamento da monossido di carbonio, 197 – Questionario autovalutativo, 199

179 Capitolo VIII

Tossicologia

8.1. L’analisi tossicologica forense e gli avvelenamenti, 179 – 8.1.1. *Azione tossica*, 179 – 8.1.2. Classificazione dei veleni e degli avvelenamenti, 180 – 8.2. Diagnosi di avvelenamento, 181 – 8.2.1. *Metodiche analitiche di conferma (cromatografia su strato sottile, gas cromatografia e gas massa)*, 183 – 8.3. Intossicazione da sostanze stupefacenti, 184 – 8.3.1. *Legislazione sui tossicodipendenti*, 184 – 8.4. Effetti dell’etanolo, 186 – 8.4.1. *Dipendenza*, 188 – 8.4.2. *Indagini di laboratorio*, 189 – 8.5 Effetti dell’alcool metilico, 189 – 8.6. Effetti della cannabis, 189 – 8.7. Effetti dell’amfetamina, 190 – 8.8. Effetti della cocaina, 192 – 8.9. Dipendenza da farmaci allucinogeni, 193 – 8.10. Effetti di morfina ed eroina, 194 – 8.10.1. *Tolleranza e dipendenza fisica*, 194 – 8.11. *Classificazione degli stupefacenti in base ai loro effetti sul SNC*, 196 – 8.12 Avvelenamento da monossido di carbonio, 197 – Questionario autovalutativo, 199

201 Capitolo IX

Deontologia medica

9.1. Caratteristiche e limiti della professione medica, 201 – 9.1.1. *Potestà di curare*, 201 – 9.1.2. *Il certificato medico*, 206 – 9.1.3. *Il dovere di prestare assistenza*, 208 – 9.1.4. *Il dovere di acquisire il consenso*, 209 – 9.1.5. *Il dovere di informare*, 214 – 9.1.6. *Il dovere di aggiornamento scientifico*, 216 – 9.2. Obblighi e responsabilità legali del medico, 217 – 9.2.1. *Il segreto professionale e la normativa sulla riservatezza*, 217 – 9.2.2. *Atti obbligatori del medico*, 220 – 9.2.3. *Perizia e consulenza tecnica*, 225 – 9.3. Divieti per il medico, 228 – 9.3.1. *La colpa e la responsabilità professionale del medico in ambito civile*, 229 – 9.4. La cartella clinica, 231 – Questionario autovalutativo, 234

235 Capitolo X

Medicina sociale ed assicurativa

10.1. Riferimenti legislativi, 235 – 10.2. Assistenza sociale, 236 – 10.3. Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN), 236 – 10.3.1. *Cenni storici*, 236 – 10.3.2. *Obiettivi*, 237 – 10.3.3. *La Guardia Medica*, 240 – 10.3.4. *Il Servizio Sanitario di Urgenza ed Emergenza (118)*, 240 – 10.4. L’invalidità civile, 241 – 10.4.1. *Concetto di invalidità*, 241 – 10.4.2. *Prestazioni erogate*, 242 – 10.4.3. *Valutazione dell’invalidità*, 243 – 10.5. Le assicurazioni sociali, 244 – 10.5.1. *L.I.N.A.I.L.*, 244 – 10.6. Le assicurazioni sociali contro i rischi generici (I.N.P.S.), 254 – 10.6.1. *Cenni storici*, 255 – 10.6.2. *Attività assicurative*, 256 – 10.6.3. *Invalidità e inabilità*, 256 – 10.6.4. *Altre invalidità*, 261 – 10.6.5. *Assicurazioni infortunistiche private (AIP)*, 262 – Questionario autovalutativo, 265

- 267 **Capitolo XI**
Responsabilità professionale in odontoiatria
11.1. Generalità ed epidemiologia del fenomeno, 267 – 11.2. Consenso informato, 267 – 11.3. Responsabilità in impianto–protesi, 268 – 11.4. Responsabilità dell'odontotecnico, 270 – 11.5. Responsabilità in endodonzia, 273 – 11.6. Responsabilità in ortognatodonzia, 274 – 11.7. Cartelle cliniche odontoiatriche, 274 – Questionario autovalutativo, 276
- 279 **Capitolo XII**
Legge Gelli–Bianco
Introduzione, 279 – Testo integrale, 284 – Questionario autovalutativo, 298
- 301 **Capitolo XIII**
Rischio clinico in sanità
Introduzione, 301 – 13.1. Definizioni, 303 – 13.2. Metodi e strumenti per l'identificazione, l'analisi e la gestione del rischio, 305 – 13.2.1. *Strumenti per l'identificazione del rischio*, 305 – 13.2.2. *Metodi per l'analisi dell'errore*, 307 – 13.2.3. *La Root Cause Analysis (RCA)*, 307 – 13.2.4. *FMEA – Failure Mode and Effect Analysis – FMECA–Failure Mode and Effect Criticality Analysis*, 310 – 13.2.5. *L'Audit clinico*, 311 – Questionario autovalutativo, 313
- 315 **Capitolo XIV**
L'identificazione odontologica
14.1. Generalità, 315 – 14.2. Identificazione generica e specifica, 315 – 14.3. Abusi sui minori: incuria e maltrattamenti (bitemarks), 321 – Questionario autovalutativo, 323
- 325 **Capitolo XV**
I diplomi di laurea delle professioni sanitarie. Fonti giuridiche e profili professionali
15.1. Professioni infermieristiche e ostetriche, 326 – 15.1.1. *L'infermiere*, 326 – 15.1.2. *L'ostetrica*, 327 – 15.2. Professioni sanitarie tecniche, 328 – 15.2.1. *Il tecnico di radiologia medica per immagini e radioterapia*, 328 – 15.2.2. *Il tecnico di laboratorio biomedico*, 328 – 15.2.3. *Il dietista*, 329 – 15.2.4. *L'igienista dentale*, 330 – 15.2.5. *Il tecnico audiometrista*, 330 – 15.2.6. *Il tecnico audioprotesista*, 331 – 15.2.7. *Il tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare*, 331 – 15.2.8. *Il tecnico di neurofisiopatologia*, 332 – 15.2.9. *Il tecnico ortopedico*, 332 – 15.3. Professioni sanitarie della riabilitazione, 332 – 15.3.1. *Il tecnico della riabilitazione psichiatrica*, 333 – 15.3.2. *Il logopedista*, 334 – 15.3.3. *Il podologo*, 334 – 15.3.4. *L'ortottista*, 335
- 337 *Appendice. Infezione da Coronavirus e tutela contro l'infortunio e la malattia professionale*
- 343 *Bibliografia*

INTRODUZIONE

La Medicina Legale, materia assai complessa e con radici molto antiche, ha visto nel corso degli ultimi decenni l'amplificazione dei suoi orizzonti e del suo campo di azione che, da quello tradizionale basato sullo studio del cadavere, ha esteso le sue competenze anche in altri ambiti scientifici e sociali.

Ciò ha portato ad uno sviluppo multidisciplinare della materia, forse inaspettato nelle proporzioni in cui si è realizzato e favorito senz'altro da un progredire delle acquisizioni tecniche e scientifiche, assolutamente impensabile solo pochi anni fa.

La conseguenza di ciò è stato il proliferare di discipline oggi aventi caratteri di autonomia, per quanto direttamente derivate dal corpus unico delle nozioni della Medicina Legale, quali ad esempio la Genetica Forense, l'Odontologia Forense, l'Entomologia Forense, l'Identificazione Personale, la Balistica Forense. Non di secondo piano sono le acquisite competenze in ambito di gestione ospedaliera delle risorse e di valutazione del "risk management", che pure godono di una dignità quasi autonoma, nonché le "trasferite" conoscenze medico-legali all'ambito della Criminalistica, che senza ombra di dubbio può dirsi direttamente generata dallo spirito quasi pionieristico che animava i medici legali dell'inizio del '900 a motivo del desiderio di trovare risposta ai quesiti che non sempre comportavano l'esclusiva conoscenza dei fenomeni biologici.

Tutto ciò ha comportato la nostra oggettiva difficoltà di operare una selezione degli argomenti da trattare, dato che siamo stati combattuti non solo da un desiderio di completezza, ma anche dalla necessità di non appesantire inutilmente la trattazione con argomenti più adatti ad un ambito specialistico della Disciplina. Elementi questi evidentemente tendenzialmente contrastanti.

In questo nostro lavoro abbiamo perciò ritenuto di presentare una panoramica delle tematiche medico-legali, alcune delle quali "tradizionali", altre più

“attuali”, compiendo un’opera di estrema sintesi, in alcuni punti quasi “didascalica” e nella quale abbiamo dovuto comunque effettuare una selezione degli argomenti più importanti; tutto ciò, in una sorta di snello “vademecum”, che riteniamo possa fornire a chi dovrà operare (o opera) in abito sanitario e giuridico non solo le necessarie nozioni basilari della materia, ma anche gli opportuni spunti di approfondimento e riflessione in ambiti “tradizionali”, la cui conoscenza approfondita non è più richiesta nell’ambito di una preparazione “generale”.

CAPITOLO I

GENERALITÀ SULLA MEDICINA LEGALE

La Medicina Legale è la scienza di collegamento che si pone a ponte tra la realtà antropo-biologica e il diritto: si occupa cioè di stabilire le relazioni fra la persona in senso psichico e fisico e la persona in senso giuridico.

Dunque, nello studio delle problematiche della medicina legale la causa non ha più solo un senso esclusivamente eziologico, ma assume un'interpretazione giuridica, dato che il suo fine, oltre alla salvaguardia della salute della persona, è orientato verso il miglioramento e la più razionale regolamentazione della vita pubblica e sociale.

La Medicina Legale ha perciò anche la importantissima funzione di mediare le informazioni che provengono da tutte le discipline mediche verso la corretta loro applicazione in ambito giuridico, il che delinea chiaramente la sua grande importanza dottrinale ed etica.

1.1. Il codice penale

Il codice penale ha come presupposto l'esigenza di salvaguardare il buon andamento della società secondo il principio che chiunque minacci l'ordine e lo stato civile deve essere punito.

Le leggi, espressione del modo di gestire i rapporti fra gli individui autonomi e tra questi e lo Stato, subiscono variazioni nel tempo in accordo al diversificarsi delle necessità socio-culturali. Il primo codice penale in Italia è stato il codice Zanardelli, in vigore dal 1870 al 1903. L'attuale è il codice Rocco, varato nel 1930: esso accoglie la teoria secondo la quale si deve considerare non soltanto il reato, ma anche la condizione del reo. Questo significa che si deve valutare anche la situazione, le condizioni esterne e la psicologia del colpevole.

Questa impostazione del diritto penale pone l'accento su quali siano le motivazioni che hanno indotto a compiere un delitto e permette di valutarne i riflessi in termini di gradazione della pena.

In particolare, l'approfondimento dello studio del reo e delle circostanze entro cui è maturato il reato, consentono di comprendere le motivazioni dello stesso: ogni uomo ha una forma mentis che è frutto di condizionamenti ambientali (esterni) e genetici (interni), nonché del periodo storico (con le sue inevitabili influenze politiche ed economiche) e dell'ambiente geografico in cui cresce e matura. Questo vale a maggior ragione per i bambini, ma anche per i soggetti che seppur adulti, non abbiano ancora sviluppato una propria personale autonomia.

La fondamentale importanza dello studio del reo consiste nella messa a punto di strategie per la definizione di una pena corretta, nonché per la messa a punto di misure di rieducazione e prevenzione sociale. Ne scaturisce pertanto il fine dell'azione penale che è quello di mantenere un equilibrio all'interno della società attraverso una funzione dissuasiva (deterrente) nei confronti di coloro che intendano commettere un reato.

Da tale logica non sono ovviamente esentati i medici, in qualità sia di cittadini che di garanti della salute; in tal senso la conoscenza della medicina legale e delle principali nozioni di diritto rappresentano elementi indispensabili per mettersi al riparo da possibili implicazioni penalistiche e civilistiche legate all'esercizio della professione medica; del resto anche l'Autorità Giudiziarica può pretendere in ogni momento la collaborazione del medico, il quale ha l'obbligo ed il dovere di prestare la propria opera in ogni situazione nella quale è richiesta la sua competenza. Rientrano in questa categoria, ad esempio, le denunce obbligatorie con le quali il medico è chiamato a collaborare all'amministrazione della giustizia.

1.2. Alcuni articoli del codice penale attualmente in vigore in Italia

Articolo 1. Nessuno può essere punito per un reato che non sia contemplato come tale dal Codice Penale.

Questo articolo rappresenta il principio fondamentale del diritto ed impedisce che taluni individui vengano puniti per reati non contemplati come tali dal codice. Inoltre, nessuno può essere punito per un reato che era considerato tale quando lo ha commesso e ora non lo è più (principio di retroattività) o un'azione che non era reato al momento in cui è stata compiuta.

Articolo 5. L'ignoranza di una legge non può essere invocata come giustificazione ad un reato; a questo proposito però esiste un clamoroso pronunciamento del 1988 della Corte Costituzionale, secondo il quale l'ignoranza sarebbe ammessa come giustificazione quando la legge risulti "oscura o caotica". Non sembra però che fino ad oggi questo orientamento sia stato applicato, ma il suo senso è indubbiamente allarmante, in quanto farebbe presupporre che lo Stato possa promulgare leggi inadeguate, quanto meno dal punto di vista della chiarezza applicativa. Ciò costituirebbe una minaccia al principio di uguaglianza del cittadino, lasciando intendere la possibilità discrezionale di un singolo di decidere chi è ignorante o meno di fronte ad una norma (arbitrio di eccellenza).

1.2.1. *L'elemento materiale del reato ed il rapporto di causalità*

Articolo 40. Nessuno può essere punito per un reato se questo non dipende da una sua azione od omissione.

Il reato è la infrazione di una norma del Codice Penale. Giuridicamente viene definito come un fatto, commissivo od omissivo, ai danni della legge stessa. A seconda della gravità si distingue in due grossi gruppi (art. 39):

- delitti (puniti con l'ergastolo, la reclusione e la multa);
- contravvenzioni (puniti con l'arresto e l'ammenda).

Le contravvenzioni scaturiscono storicamente dai cosiddetti reati di polizia con cui si disciplinava la vita associata. Esse sono un *mala quia prohibita* (*male* perché proibiti), cioè repressi solo in rapporto alle mutevoli esigenze di comune ordine e sicurezza.

I delitti invece sono reati che violano norme a tutela dei diritti naturali. Essi sono "mala in se" (*male in sé*), cioè lesivi di un bene preesistente. Per essi è necessario si realizzi il dolo, mentre per le contravvenzioni basta anche solo la colpa.

Articolo 41. Il concorso di cause preesistenti o simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall'azione od omissione del colpevole, non esclude il rapporto di causalità fra l'azione od omissione e l'evento. Le cause sopravvenute escludono il rapporto di causalità quando sono state da sole sufficienti a determinare l'evento.

Tale articolo stabilisce che le cause concorrenti hanno lo stesso valore della causa unica, purché siano stati tutte necessarie al determinarsi dell'evento.

Dovranno inoltre distinguersi i concetti di causa prossima con la quale si identifica la causa che temporalmente è intervenuta per ultima nel determinismo di un evento e di causa adeguata con la quale invece si fa riferimento per lo più alla valenza qualitativa della causa ovvero alla efficacia della stessa a determinare uno specifico evento.

Più spesso, tuttavia, è possibile riconoscere multipli antecedenti causali che hanno contribuito al determinismo di uno specifico evento; si tratta in pratica di condizioni necessarie, ma non sufficienti singolarmente. Tali cause vengono definite concause e possono rendersi responsabili di un evento in misura differente.

Una lesione da arma da fuoco ad un braccio, ad esempio, può rappresentare il primo antecedente causale nella fenomenologia lesiva di un evento, non essendo necessariamente pericolosa per la vita (concausa 1); tuttavia se il soggetto dovesse essere emofilico o immunodepresso (concausa 2) anche una lesione apparentemente “semplice”, come una ferita ad un braccio, può rivelarsi grave in quanto idonea a peggiorare notevolmente la prognosi di un soggetto.

L'importanza di conoscere tutte gli antecedenti causali scaturisce dalla necessità di definire le singole responsabilità degli agenti ed eventualmente graduarne la pena; in pratica, laddove concorrano più fattori causali ci si dovrà chiedere di cosa debba rispondere chi è l'autore delle singole concause: il nostro codice sancisce il principio della equivalenza delle cause, che attribuisce ad ogni concausa uguale valenza nel determinismo di un evento.

L'articolo 41, inoltre, stabilisce che la concausa non interrompe il rapporto di causa–effetto fra l'illecito commesso ed il danno provocato (concorso di cause) e quindi l'autore di una concausa risponde del danno cagionato, anche se ad esso partecipano altre concause. Infatti, viene considerata come causa qualsiasi condizione senza la quale l'evento non si sarebbe verificato.

Qualora nella serie degli antecedenti che hanno concorso al determinarsi di un evento, siano intervenute concause sopraggiunte di per sé sole sufficienti a cagionare il danno, allora il rapporto causa–effetto viene interrotto. Tanto può riconoscersi, ad esempio, nel caso di un soggetto vittima di un incidente stradale al quale siano state praticate le cure mediche errate che ne hanno determinato il decesso; in questo caso, l'accusa di omicidio colposo ricadrà su chi abbia praticato le cure errate e non su chi abbia cagionato l'incidente al quale potrà al massimo essere riconosciuta l'accusa di lesioni personali.

Quale concausa sopravvenuta potrà ritenersi anche l'eventuale aggravamento volontario di una ferita da parte della vittima, al fine di prolungare o

aggravare volontariamente il danno subito, allo scopo di ottenere una condanna maggiore per il reo.

Il “peso” delle varie concause viene valutato in base alla loro efficienza, ossia in relazione alla capacità della concausa, considerata singolarmente, di realizzare l’evento.

Le concause possono essere preesistenti (malattie, fattori individuali), contemporanee (ferite, lesioni concomitanti) o derivate da complicanze (embolie, rotture di aneurismi).

In taluni casi tuttavia non è possibile scindere le concause in categorie “stagne”: come nel caso di un soggetto che si stia recando per lesioni lievi presso un Pronto Soccorso e che viene coinvolto in un incidente stradale nel quale perde la vita; tecnicamente in questo caso la lesione iniziale (che è un illecito) potrebbe essere considerata concausa dell’evento morte; d’altra parte però, le lesioni riportate nel corso dell’incidente stradale, sono state di per sé sufficienti a determinare il decesso e costituiscono una situazione idonea ad interrompere il nesso di causalità. Secondo un comune orientamento in questi casi si è portati ad “assolvere” il feritore; infatti, la causa che ha portato alla morte non è, in senso clinico, la ferita iniziale, benché senza di essa il paziente non si sarebbe recato a ricovero e non avrebbe avuto l’incidente, ma le lesioni riportate nell’incidente stradale.

1.3. Accertamento del rapporto di causalità

Il nucleo principale della disciplina medico–legale risiede nello studio e nella definizione dei rapporti che legano due eventi, l’uno in qualità di causa e l’altro di effetto. Tale studio si riflette in tutte le branche della medicina legale e le norme che lo regolano devono rappresentare il bagaglio essenziale di qualunque medico che si appresti a svolgere incarichi ed accertamenti in ambito giudiziario.

«Causa è quell’antecedente, il cui ruolo nel meccanismo patogenetico dello specifico evento lesivo o dell’esito dannoso considerato, è scientificamente fondato, certo o quanto meno altamente probabile, necessario e giuridicamente rilevante».

I criteri medico–legali che devono essere soddisfatti per il riconoscimento del rapporto di causa–effetto sono distinti in cronologico, topografico, di efficienza, continuità fenomenica ed esclusione di altre cause.

- Criterio cronologico: studia la correlazione temporale che lega l’azione all’effetto o all’eventuale insorgenza di complicanze. In alcuni casi tale

correlazione può essere di facile determinazione, specie quando la successione è immediata, come ad esempio nel caso di una frattura conseguita ad una contusione. Più complesso invece il suo accertamento nel caso occorra valutare eventuali infezioni sopraggiunte a distanza di tempo, ovvero manifestazioni neoplastiche dovute all'esposizione a sostanze cancerogene.

- Criterio topografico: verifica l'esatta corrispondenza fra la sede di applicazione dell'insulto lesivo e quella di manifestazione della lesione; al riguardo però va considerato che in alcuni casi l'effetto può manifestarsi a che a distanza del punto di applicazione della forza, come ad esempio accade per alcune fratture della base cranica per caduta in piedi; In questo caso infatti la forza viene trasmessa a distanza dal punto di applicazione (i piedi) tramite il rachide, fino a raggiungere ed a produrre i suoi effetti sulla base cranica (sede della lesioni).
- Criterio dell'efficienza causale o di idoneità lesiva: richiede una valutazione accurata delle potenzialità lesive dell'agente causale sia in termini qualitativi che quantitativi; nei casi di avvelenamento, ad esempio, dovrà valutarsi non solo la natura della sostanza tossica, ma anche la dose e la via di inoculazione della stessa.
- Criterio della continuità fenomenica: non vi deve essere interruzione causale tra la serie di eventi che correlano l'agente lesivo all'effetto. Di tanto deve tenersi conto nei casi in cui esista un intervallo "apparentemente" libero tra la causa prima (es. trauma cranico) e le manifestazioni lesive (es. ematoma subdurale). In tali casi risulta particolarmente importante valutare l'eventuale presenza di fattori predisponenti e/o preesistenti.
- Criterio di esclusione di altre cause: rappresenta la tappa finale della criteriologia medico-legale del rapporto di causa ed effetto, dovendo escludere l'esistenza di altre cause che possano spiegare autonomamente l'insorgenza di un effetto.

È sufficiente la negatività anche di uno solo di questi criteri per annullare il rapporto di causa effetto (esempio: tetano insorto dopo una ferita lacero contusa, ma in tempi troppo brevi non compatibili con i fisiologici tempi di incubazione della patologia).

1.4. L'elemento psicologico del reato

Articolo 42. Nessuno può essere punito se non ha commesso il reato con coscienza e volontà, dovendosi intendere per coscienza la capacità di intendere, cioè di recepire e interpretare correttamente gli stimoli esterni e rendersi conto dell'effetto che può derivare da una certa azione e per volontà la capacità di autodeterminarsi e cioè la capacità di scelta di fronte a tutte le azioni che possono essere messe in atto se sussiste però la libertà di scelta. La volontà può venire meno per molte condizioni estrinseche od intrinseche, come ad esempio le malattie o i condizionamenti psichici.

A fronte di questa definizione, che offre invero notevoli possibilità di interpretazione del reato, il codice penale prevede una suddivisione in diverse tipologie di reati, elencati di seguito.

- Reato doloso: il soggetto è consapevole del danno che provoca, l'atto è voluto ed il danno è conseguente all'atto e da questo previsto. Il dolo può essere intenzionale (volontà di uccidere o nuocere) o di previsione (consapevolezza del danno che sicuramente deriverà dal mio comportamento). Si può compiere dolo non solo attivamente, ma anche omettendo atti dovuti.
- Reato preterintenzionale: il soggetto è consapevole del danno che provoca la sua azione, ma per l'intervento di concause esterne il danno va oltre l'intenzione del reo e cioè oltre la quantità del danno che si intendeva determinare. Ad esempio, quando a seguito di un pugno, un soggetto cade ed urta con il capo al suolo e riporta un trauma cranico mortale.
- Reato colposo: il soggetto non ha intenzione di compiere il danno, ma esso si verifica per una omissione o trasgressione ad una norma, disciplina o regolamento (colpa specifica) o per aver messo in atto comportamenti negligenzi, imprudenti o imperiti (colpa generica). Esempio: omicidio di un pedone che attraversa sulle strisce pedonali, decessi legati ad incidenti stradali causati dall'alta velocità e comunque per inosservanza delle norme del codice della strada.

Riguardo alla "colpa", il codice prevede che «nessuno può essere punito per un'azione prevista come illegale se non l'ha compiuta con coscienza e volontà, *tranne che per i casi espressamente indicati come colposi*». Nel reato colposo l'essenza della colpa è, infatti, la prevedibilità: il reato colposo, quindi, non è

contemplato se non è possibile prevedere la conseguenza di una certa azione. Tanto vale, ad esempio, nell'esercizio della professione medica, nella quale è fondamentale conoscere a fondo i rischi di ogni procedura e cautelarsi verso di essi, ovvero dimostrare di aver ponderato i rischi possibili e aver fatto tutto quanto era dovuto per il caso specifico. Pertanto, a fronte del verificarsi di un "danno", bisognerà valutare se esso sia stato conseguenza di:

- negligenza, ovvero di mancanza di attenzioni, premure o sollecitudini necessarie;
- imperizia, ovvero per insufficiente preparazione o mancanza di competenza nell'espletare determinate attività;
- imprudenza, ovvero per avventatezza, insufficiente ponderazione o omissione di cautela.

Anche un valido consenso informato del paziente non è sufficiente ad escludere la colpa medica qualora ricorra anche una sola delle suddette fattispecie di colpe.