

**PROFILI PROBLEMATICI DELLA RESPONSABILITA' SANITARIA
EVENTO IN PRESENZA IN RICORDO DELL'AVV. GUIDO FRACCHIA**

22 aprile 2026 ore 14.30-18.00

Fondazione Croce – Torino via Santa Maria n. 1

**Difficoltà tecniche e perplessità valoriali nei tentativi di limitare la
responsabilità penale e civile dei medici**

Mauro Ronco

1. Il cantiere della disciplina giuridica della malpratica medica è in continua evoluzione e non sembra destinato a breve a fissarsi in una struttura condivisa nella legislazione, nonché nella dottrina e nella giurisprudenza.

2. Prima di tentare qualche commento della normativa esistente e di quella in corso di elaborazione in Parlamento, è opportuno fissare alcuni momenti dell'evoluzione del diritto vivente.

Fino agli anni '70 del secolo scorso era quasi pacifico che in tema di colpa professionale – e medica in specie – fossero rilevanti, ai fini della responsabilità penale, il dolo o la colpa grave, in conformità a quanto previsto in tema di responsabilità civile per danni dall'art. 2236 c.c. nel caso di prestazioni che implicassero la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà.

L'assunto era motivato, oltre che dal principio dell'unità dell'ordinamento giuridico - apparendo illogico che uno stesso comportamento potesse essere

civilmente lecito e penalmente illecito -, anche dalla considerazione che l'attività medico-chirurgica concerneva di regola problemi tecnici di non semplice soluzione.

3. Particolare importanza assunse la sentenza della Corte costituzionale n. 166/1973, la quale riferì alla sola colpa per imperizia il limite della colpa grave, mentre ritenne che rispetto alla negligenza e all'imprudenza la valutazione dell'attività del medico dovesse essere improntata a criteri di normale severità¹.

Al riguardo appariva decisivo il fatto che l'art. 2236 c.c. limitasse la responsabilità del prestatore d'opera ai casi in cui si trattasse di risolvere problemi tecnici di speciale difficoltà: il che poteva concernere tanto l'attività del medico, quanto le prestazioni di altri professionisti ed esperti tecnici.

Quindi la soluzione desunta dal codice civile avrebbe riguardato soltanto i casi postulanti la soluzione di particolari problemi diagnostici e terapeutici in presenza di un quadro patologico complesso e passibile di esiti terapeutici diversificati².

4. Questa tesi, accolta in un primo momento dalla giurisprudenza, fu in seguito quasi completamente abbandonata. La giurisprudenza di legittimità, infatti, a partire dagli anni '80, prese a negare l'applicabilità del principio di cui all'art. 2236 c.c. al diritto penale, in cui avrebbero dovuto trovare esclusivo accoglimento gli ordinari criteri di valutazione della colpa contemplati all'art. 43 c.p. Il sistema penale della colpa sarebbe completo e non dovrebbe essere influenzato da criteri ed esigenze proprie di altri rami dell'ordinamento.

¹ C. Cost., 28 novembre 1973, n. 166.

² In dottrina la soluzione della Suprema Corte fu approfondita in modo convincente da A. CRESPI, *La colpa grave nell'esercizio dell'attività medico-chirurgica*, in *RIDPP*, 1973, 255.

In quest'ordine di idee la colpa professionale del medico dovrebbe essere valutata nell'ambito dei criteri generali dettati dal sistema penale, e non di quelli, eccezionali e dunque non estensibili per analogia, previsti dall'art. 2236 c.c.

Vale ricordare tra le tante la sentenza della Suprema Corte di Cassazione del 28 ottobre 2008, n. 46412, la cui motivazione suona così: “[la giurisprudenza della Suprema Corte] “è consolidata nel senso che la colpa debba essere valutata, nell'ambito penale, alla stregua dei principi enunciati dall'art. 43; e che, invece, non trovi applicazione il principio civilistico, espresso dall'art. 2236 c.c. secondo cui nell'ambito considerato rileva la sola colpa grave. Tale indirizzo, formatosi già a partire dagli anni ottanta dello scorso secolo, afferma, condivisibilmente, che la richiamata disciplina civile riguarda il risarcimento del danno quando la prestazione professionale comporta la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà e non può essere applicata nell'ambito penale né in via estensiva, data la completezza e l'omogeneità della disciplina penale della colpa, né in via analogica, vietata per il carattere eccezionale della disposizione rispetto ai principi in materia. La gravità della colpa potrà avere eventualmente rilievo solo ai fini della graduazione della pena”³.

5. A questa posizione, ritenuta troppo rigoristica e, in quanto tale, destinata a favorire contenziosi infondati e a turbare il rapporto sereno di cura tra medico e paziente, intese porre rimedio l'art. 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni in Legge 8 novembre 2012, n. 189 (cosiddetta legge Balduzzi), che introdusse la seguente disposizione:

“L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta

³ Cass. pen., Sez. IV, 28 ottobre 2008, n. 46412.

comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo”.

Fecero così ingresso in maniera innovativa le cosiddette linee guida, a cui il legislatore giustappose le buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica.

Il rispetto delle linee guida escludeva la responsabilità del medico per ogni ipotesi di colpa lieve. La legge manteneva fermo per tali casi l'obbligo del risarcimento del danno ex art. 2043 c.c.

Le critiche alla disposizione Balduzzi furono numerose e incisive.

Anzitutto destava preoccupazione il riferimento alle linee guida: evidente era la genericità della nozione, potendosi in essa ricomprendere anche linee guida non direttamente attinenti al tipo di prestazione medica contestata, bensì concernenti l'organizzazione dei servizi.

Di più ancora: non era precisato quale dovesse essere la fonte di tali linee, essendo notorio che non pochi soggetti privati, tra cui le società tra professionisti specialisti nelle varie branche della medicina e della chirurgia, si erano impegnati nell'elaborazione e nella redazione di “linee guida” attinenti a una specifica disciplina. Palese era il rischio che si potessero ingenerare conflitti di interesse, poiché le società private fruiscono per la loro stessa esistenza e, ancor più, per lo sviluppo della loro ricerca scientifica, di notevoli contributi da parte dei produttori dei farmaci.

Da questo punto di vista la normativa appariva una sorta di scudo penale ingiustificato a favore del sistema sanitario per sgravarlo dall'onere risarcitorio. Questo rischio era tanto evidente che lo stesso compilatore della legge aveva lasciato fermo l'obbligo risarcitorio in sede civile.

In secondo luogo la Balduzzi divaricava la responsabilità civile da quella penale, lasciando permanere la contraddizione con l'istanza di unità dell'ordinamento giuridico, che a taluni giuristi era sembrata un'esigenza sistematica importante.

In terzo luogo, e soprattutto, la Balduzzi prevedeva l'esclusione di responsabilità per ogni tipologia di colpa, non soltanto per l'imperizia, ma anche per l'imprudenza e la negligenza, aprendo varchi di irresponsabilità nei riguardi di situazioni che non rientravano nel perimetro della "complessità e difficoltà della prestazione intellettuale" di cui al fondamentale articolo 2236 del codice civile.

In quarto luogo e, infine, introduceva il concetto di colpa lieve, completamente sconosciuto nell'esperienza giurisprudenziale e del tutto trascurato anche dalla dottrina prevalente; nozione, comunque, di difficilissima determinazione, in ordine alla quale mancavano criteri normativi e giurisprudenziali di riferimento.

6. Le criticità della Balduzzi portarono alla riforma Gelli-Bianco, che introdusse l'art. 590 sexies ancora oggi vigente, intitolato "Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario"⁴.

Il secondo comma di tale articolo è così formulato:

"Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto".

Significativi sono i miglioramenti rispetto alla riforma precedente.

⁴ Inserito dall'art. 6, co. 1, L. 8 marzo 2017, n. 24: Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità penale degli esercenti le professioni sanitarie.

Anzitutto, è opportunamente precisato che le raccomandazioni previste dalle linee guida sono rilevanti soltanto quando siano adeguate alla specificità del caso.

Peraltro, la legge Gelli-Bianco, all'esito di un apprezzabile lavoro dell'Istituto Superiore di Sanità diretto alla verifica del complesso contenuto delle linee guida pubblicate da Enti pubblici e privati, ha precisato che erano rilevanti soltanto quelle "definite e pubblicate ai sensi di legge".

La legge ha preso atto del fatto che il medico non ha l'obbligo di seguire le linee guida in modo automatico e passivo. Talora, anzi, ha l'obbligo di discostarsene, allorché, per la complessità della malattia o per la pluralità delle morbidità, le linee guida previste per i casi tipici della patologia sarebbero addirittura controproducenti al fine della cura. Il legislatore ha riconosciuto che il riferimento alle linee guida, apparso ai tempi della Balduzzi quale chiave di risoluzione del tema responsabilitario medico, era intriso di equivocità e, quindi, di possibili arbitrarietà.

In secondo luogo, la Gelli-Bianco ha riportato la fonte dell'impunità soltanto alla classica figura dell'imperizia, secondo l'antico insegnamento della Corte costituzionale del 1972. Tuttavia, ha preveduto l'impunità per ogni situazione di imperizia, con il rischio di un'eccessiva indulgenza verso una forma di colpa che, talora, si presenta addirittura più grave rispetto alle stesse negligenza o imprudenza.

In terzo luogo non ha mantenuto più la responsabilità civilistica qualora fosse esclusa la responsabilità penale.

7. La giurisprudenza non ha accolto con favore la riforma Gelli-Bianco. Dopo un periodo iniziale in cui la nuova disciplina venne recepita, si formarono due orientamenti. Un primo orientamento, seguito per esempio dalla sentenza De

Luca- Tarabori⁵, costituisce in sostanza un'*interpretatio abrogans* della novella. Se l'evento lesivo fosse legato a un comportamento connotato da imperizia ed esulasse dall'ambito specificamente regolato dalle linee-guida adottate dal sanitario nel caso concreto, l'applicazione della causa di non punibilità tradirebbe lo stesso principio costituzionale di colpevolezza e i connotati generali della colpa. La scelta per l'impunità violerebbe inoltre l'art. 32 Cost., con il radicale depotenziamento della tutela della salute e del principio di uguaglianza.

L'orientamento opposto, di cui costituisce un esempio la sentenza Cavazza⁶, recepisce la novella Gelli-Bianco in base al tenore letterale della legge, che ha voluto adottare una causa di non punibilità per la sola imperizia, subordinata al rispetto delle linee guida ufficiali.

La Cassazione a Sezioni Unite⁷, richiamando l'art. 12 co. 1 delle preleggi, ha ritenuto, in premessa della motivazione, che sussista un solo divieto vincolante per l'interprete, quello di andare "contro" il significato delle espressioni usate, ma non di andare "oltre" la letteralità del testo, quando tale opzione ermeneutica sia necessaria per giungere a un risultato costituzionalmente adeguato.

Ciò premesso, le Sezioni Unite hanno osservato che il requisito della rispondenza (o meno) alle linee guida della condotta medica può essere valutato soltanto *ex ante*, alla luce della situazione conoscibile dall'agente all'atto del suo intervento. Ma il dovere del sanitario di scegliere linee-guida adeguate comporta il continuo aggiornamento della valutazione rispetto all'evoluzione del quadro clinico e alla sua conoscenza o conoscibilità. Il secondo orientamento, pur non discostandosi dalla lettera della legge, le attribuisce, però, una portata impropriamente lata:

⁵ Cass. pen., Sez. IV, 20 aprile 2017, n. 28187.

⁶ Cass. pen., Sez. IV, 19 ottobre 2017, n. 50078.

⁷ Cass. pen., Sez. Un., 21 dicembre 2017, n. 8770.

quella di rendere non punibile qualsiasi condotta imperita del sanitario, pur se connotata da colpa grave.

La soluzione delle Sezioni Unite, in primo luogo, è nel senso che l'errore non punibile non può riguardare la fase della selezione delle linee-guida, bensì la sola fase della loro attuazione. Inoltre, l'errore nell'attuazione deve essere marginale e di minima entità.

E' stato così circoscritto l'ambito della non punibilità alla colpa per imperizia lieve, poiché la novella Gelli-Bianco continuerebbe a sottendere tale nozione. E ciò sul rilievo che la condotta tenuta dal medico non può non essere parametrata alla difficoltà tecnico-scientifica dell'intervento richiesto e al contesto in cui esso si è svolto, come previsto dall'art. 2236 del codice civile.

Le Sezioni Unite hanno insistito sull'esigenza di graduare la gravità della colpa, al fine di evitare che la relazione sanitaria venga considerata come una "obbligazione di risultato", mentre si tratta di un'"obbligazione di mezzi".

La valutazione della gravità della colpa deve essere effettuata in concreto, in forza di indici sia quantitativi che qualitativi. L'aspetto quantitativo concerne il *quantum* dello scostamento della condotta imputata dal comportamento che ci si sarebbe attesi come utile. L'aspetto soggettivo-qualitativo concerne la misura del rimprovero personale in base alle specifiche condizioni dell'agente e al suo quadro di specializzazione; alla problematicità ed equivocità della vicenda; alla particolare difficoltà in cui il medico ha operato; al grado di novità della situazione; all'impellenza e urgenza dell'intervento.

Infine, le Sezioni Unite hanno ritenuto che la limitazione del perimetro della non punibilità alla colpa lieve evita sospetti di illegittimità costituzionale per disparità di trattamento ingiustificato rispetto a situazioni meno gravi, eppure rimaste punibili, quali quelle connotate da colpa lieve per negligenza o imprudenza.

In definitiva, la colpa lieve sarebbe rimasta intrinseca alla formulazione del nuovo precetto.

Onde la colpa dell'esercente la professione sanitaria può essere esclusa solo se egli si sia correttamente orientato nel campo della selezione delle linee-guida pertinenti al caso concreto e della loro attuazione, ritenendo di non punire esclusivamente gli adempimenti che si rivelino imperfetti: colpa lieve nella fase esecutiva delle linee guida.

8. La Commissione istituita con d.m. 28 marzo 2023 dal Ministro della Giustizia (per lo studio e l'approfondimento delle problematiche relative alla colpa professione medica, presieduta dal magistrato Adelchi D'Ippolito) ha proposto la sostituzione dell'attuale art. 590 sexies c.p., nonché l'introduzione dell'art. 590 septies c.p.⁸.

9. L'art. 590 sexies, titolato "Limiti della responsabilità in ambito sanitario", dovrebbe essere così modificato: "I fatti previsti dagli articoli 589 e 590 e 593 bis commessi nell'esercizio dell'attività sanitaria, sono esclusi quando risulta che la prestazione è conforme agli indirizzi di diagnosi e cura adeguati alle specificità del caso concreto. Rilevano quali indirizzi di diagnosi e cura le raccomandazioni previste dalle linee-guida pubblicate ai sensi dell'art. 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24, le buone pratiche clinico-assistenziali, nonché altre scelte diagnostiche e terapeutiche adeguate alle specificità del caso concreto".

10. V'è nel testo una novità dogmatica: non più è contemplata la semplice previsione di non punibilità, bensì di esclusione della tipicità del fatto.

⁸ D.M. Giustizia 28 marzo 2023 - Costituzione della Commissione per lo studio delle problematiche relative alla colpa professionale medica (integrata con d.m. 4 aprile 2023 - d.m. 14 aprile 2023 - d.m. 20 aprile 2023 e d.m. 4 maggio 2023). Al termine dei lavori la Commissione ha consegnato al Ministro della Giustizia una proposta di riforma con la relazione di accompagnamento (consultabile in: <https://archiviopenale.it/anteprema-commissione-ministeriale-per-la-riforma-della-colpa-medica--progetto-di-riforma/contenuti/29689>).

11. Viene proposta l'introduzione di un nuovo articolo 590 septies c.p., rubricato "Responsabilità solo per colpa grave".

Il primo comma di tale articolo individua in quali casi trova applicazione la limitazione di responsabilità per colpa medica: praticamente in tutte le forme ipotizzabili di colpa medica, generica e specifica.

Il secondo comma dell'art. 590 septies c.p. recita: "Nelle fattispecie predette, se l'attività sanitaria è di speciale difficoltà, l'esercente ne risponde solo per colpa grave".

Il terzo comma indica i fattori che possono escludere la gravità della colpa: "Tra i fattori che possono escludere la gravità della colpa, per la speciale difficoltà dell'attività sanitaria, il giudice considera i contesti di rischio causati dalla scarsità delle risorse umane e materiali disponibili, dalla mancanza o dalla limitatezza di conoscenze scientifiche o di terapie adeguate, dalla severità e dalla complessità della malattia, dalla presenza di situazioni di rilevante urgenza o emergenza".

12. Il 13 novembre 2025 il Governo (Ministri Sanità, Giustizia, Economia e Finanze, Pubblica amministrazione, Università e Ricerca) ha presentato un disegno di legge delega in materia di disposizioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie⁹.

13. L'articolo 7 del disegno di legge apporta al codice penale le seguenti modificazioni:

a) l'art. 590 sexies è sostituito dal seguente:

Art. 590-sexies. – (Limiti della responsabilità nell'attività sanitaria) – Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell'esercizio dell'attività sanitaria, si

⁹ Atto Camera n. 2700: Delega al Governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

applicano le pene ivi previste, salvo quanto disposto dal secondo comma del presente articolo. Quando l'esercente la professione sanitaria si attiene alle raccomandazioni previste dalle linee guida, come definite e pubblicate ai sensi di legge, o alle buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le predette raccomandazioni o buone pratiche risultino adeguate alle specificità del caso concreto, è punibile solo per colpa grave;

b) dopo l'articolo 590-sexies è inserito il seguente:

Art. 590-septies. – (Colpa nell'attività sanitaria) – Nell'accertamento della colpa o del suo grado si tiene conto anche della scarsità delle risorse umane e materiali disponibili nonché delle eventuali carenze organizzative, quando la scarsità e le carenze non sono evitabili da parte dell'esercente l'attività sanitaria, della mancanza, limitatezza o contraddittorietà delle conoscenze scientifiche sulla patologia o sulla terapia, della concreta disponibilità di terapie adeguate, della complessità della patologia o della concreta difficoltà dell'attività sanitaria, dello specifico ruolo svolto in caso di cooperazione multidisciplinare e della presenza di situazioni di urgenza o emergenza.

14. Come si può apprezzare dall'*excursus* storico, l'oscillazione del pendolo responsabilitario sembra ritornare al polo tradizionale dell'esclusione della punibilità per la colpa grave con riferimento a tutte le forme in cui tale criterio soggettivo di imputazione si può presentare.

Il che non sembra affatto inappropriato per molteplici motivi. In primo luogo, perché la colpa grave è radicata nella storia della legislazione penale, tanto che lo stesso codice vigente ne riconosce la specifica rilevanza all'art. 61, co. 1 n. 3 c.p., sia pure in una prospettiva particolare. In secondo luogo, il rilievo della sola colpa grave come titolo di responsabilità penale riconduce a unità l'ordinamento penale e quello civile; in terzo luogo, la tendenza attuale di politica criminale, ispirata al

principio dell'*extrema ratio*, propende in generale per la limitazione del titolo di imputazione soggettiva al dolo o alla colpa grave.

Infine, il ridimensionamento del rilievo scusante del rispetto delle linee guida appare opportuno. Invero, lo statuto epistemologico delle linee guida è del tutto eterogeneo rispetto allo statuto responsabilitario della colpa, penale e civile. Le linee guida, invero, come ha messo in luce il parere “Linee guida e relazione di cura: profili bioetici” del Comitato Nazionale per la Bioetica¹⁰, le linee guida hanno lo scopo di farsi promotrici della cultura della responsabilità, sia a livello universitario che della formazione permanente: “Esse non vanno intese come uno strumento per affievolire la tensione etica di tutti i professionisti sanitari e in particolare dei medici per l’accuratezza del loro impegno, bensì come un sussidio della comunità scientifica diretto ad accrescere la sfera della responsabile valutazione in ordine alle specificità del caso concreto”¹¹.

L’approfondimento teorico e pratico del concetto di colpa, che ha visto il ritorno dell’oscillazione del pendolo sulla limitazione della responsabilità per colpa grave, non è stato però inutile, perché ha consentito l’integrazione nel concetto penalistico delle esperienze innumerevoli desunte dall’esercizio delle attività pericolose.

In questo sviluppo si può constatare l’arricchimento dei profili tecnici del concetto giuridico a fronte di un impoverimento degli aspetti valoriali relativi alla rimproverabilità del comportamento soggettivo.

Si confrontino tra loro le tesi di due grandi autori operanti in epoche storiche completamente diverse: quelle di Francesco Carrara e di Marcello Gallo.

¹⁰ Comitato Nazionale per la Bioetica, Linee guida e relazione di cura: profili bioetici, 19 giugno 2025, in https://bioetica.governo.it/media/epjpitbh/p155_2025-linee-guida-con-copertina.pdf.

¹¹ *Ibidem*, Raccomandazioni, ultimo paragrafo del parere, 9.

Il primo, strenuo sostenitore, in aderenza alla tradizione italiana, dell'irrilevanza penale della *culpa laevissima*, che ricorre quando l'evento è difficilmente prevedibile e prevenibile, stigmatizzava l'ingiustizia della valutazione giudiziale della colpa fatta *ex post*, che trascurava le condizioni concrete in cui si era svolta la condotta. L'illustre autore concludeva: "Ma piuttosto che illogico il giudice, io teneva ingiusta la legge; la quale non distingue tra possibilità maggiore, o minore di prevedere"¹². Egli, in definitiva, conferiva una specifica rilevanza, secondo un apprezzamento valoriale di senso comune, a un profilo effettivamente importante del concetto giuridico di colpa, evidenziando implicitamente, peraltro, che la prestazione medico-chirurgica è di mezzi e non di risultato. Trascurava, invece, anche per la modestia dell'esperienza criminologica nascente dalla considerazione dei moderni lavori pericolosi, gli aspetti tecnici che rendono la prevedibilità un concetto razionale e non meramente approssimativo e intimamente incerto.

Marcello Gallo esponeva nella voce *Colpa penale* del 1960¹³ una tesi tecnicamente perfetta del concetto di colpa, integrandola con gli aspetti normativi che rendono razionali i temi della prevedibilità ed evitabilità dell'evento. Negando, però, la rilevanza della graduabilità della colpa ai fini della punibilità, per il fatto che il concetto penale è esauriente in se stesso, senza alcun rinvio a parametri esterni, non teneva adeguatamente conto del profilo della rimproverabilità soggettiva, che può essere radicalmente diversa, fino al punto da escludere la punibilità, quando l'agente, pur avendo mancato in diligenza o perizia, abbia comunque dato tutto se stesso per mantenere sotto il suo controllo l'eventualità dell'evento, pervenendo al giudizio che esso non si sarebbe verificato. Situazione quest'ultima radicalmente differente da quella in cui il soggetto, pur non avendo voluto l'evento, abbia ugualmente mancato in diligenza

¹² F. CARRARA, *Programma, p. spec.*, 5° ed., I, Lucca, 1881, 97.

¹³ M. GALLO, voce *Colpa penale*, in *Enc. Dir.*, VII, Milano, 1960, 624.

o perizia, avendo però lasciato soggettivamente al 'caso' la 'decisione' in ordine alla verificabilità dell'evento.

Questa distinzione tra due modalità di colpa, riscontrabili in ogni genere di attività pericolosa, ha particolare rilievo nel campo della condotta medico-chirurgica, quando la prestazione sia difficile e complessa.

Entrambe le tesi, di Carrara e di Gallo, sono prevalentemente incentrate, l'una, sull'aspetto valoriale e, l'altra, sull'aspetto tecnico del concetto penalistico di colpa. Né l'uno né l'altro aspetto debbono però essere dimenticati al fine della giusta determinazione della responsabilità penale.