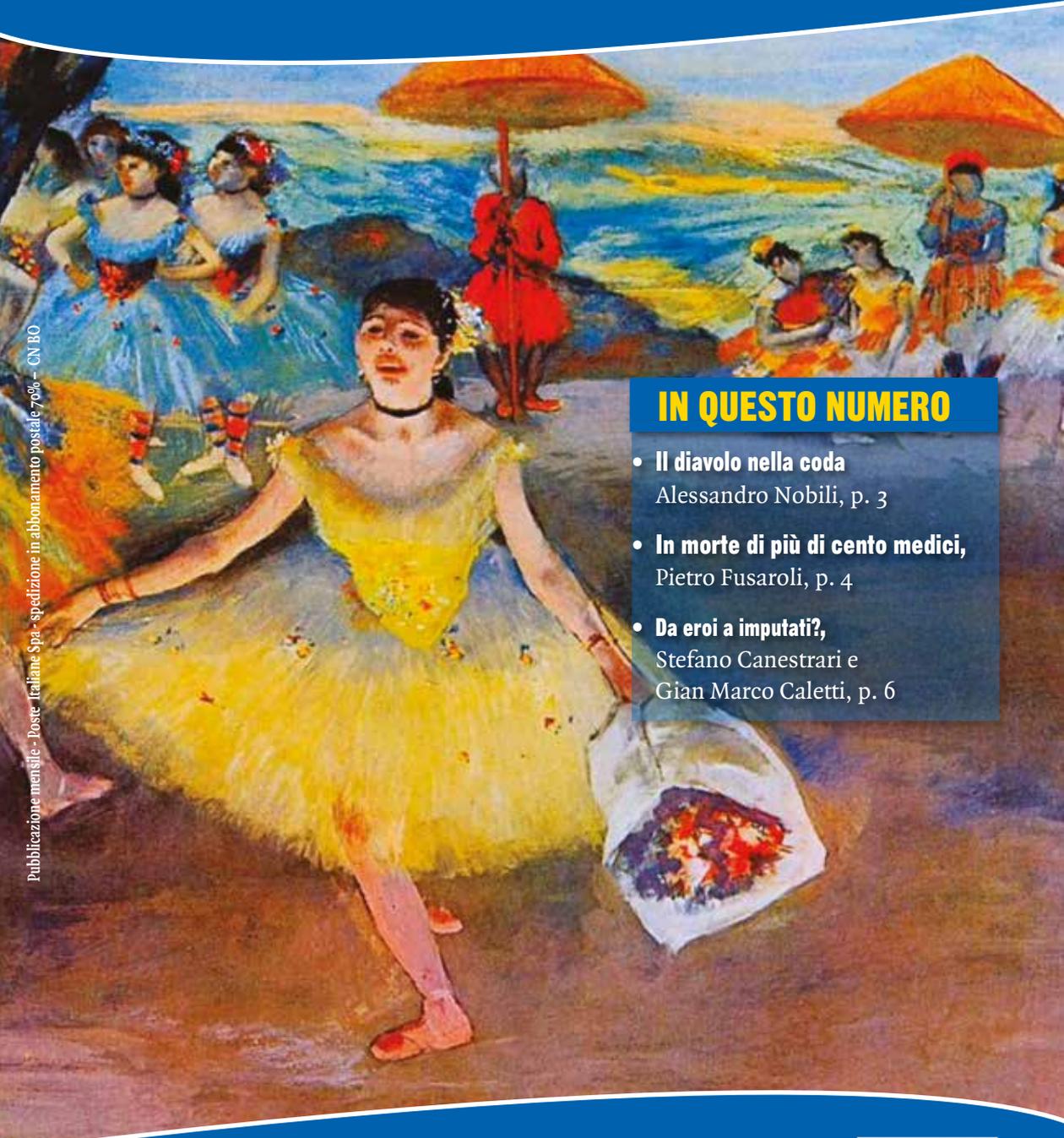


# BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO LI - N° 5 MAGGIO 2020



Publicazione mensile - Poste Italiane Spa - spedizione in abbonamento postale 70% - CN BO

## IN QUESTO NUMERO

- **Il diavolo nella coda**  
Alessandro Nobili, p. 3
- **In morte di più di cento medici,**  
Pietro Fusaroli, p. 4
- **Da eroi a imputati?,**  
Stefano Canestrari e  
Gian Marco Caletti, p. 6

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA  
DIREZIONE E AMMINISTRAZIONE: VIA ZACCHERINI ALVISI, 4 - BOLOGNA - TEL. 051.399745  
ISSN 2281-4744 (edizione a stampa) - ISSN 2281-4825 (edizione digitale)



# BOLLETTINO NOTIZIARIO



ORGANO UFFICIALE  
DELL'ORDINE  
DEI MEDICI CHIRURGI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DI BOLOGNA

## DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Alessandro Nobili

## CAPO REDATTORE

Dott. Andrea Dugato

## REDAZIONE

Abbati dott. Pietro  
Bondi dott. Corrado  
Cernuschi dott. Paolo  
Fini dott. Oscar  
Lumia dott. Salvatore  
Pileri prof. Stefano

I Colleghi sono invitati a collaborare alla realizzazione del Bollettino. Gli articoli, seguendo le norme editoriali pubblicate in ultima pagina, saranno pubblicati a giudizio del Comitato di redazione.

Pubblicazione mensile  
Poste Italiane Spa - Spedizione  
in abbonamento postale 70% - CN BO

Autorizzazione Tribunale di Bologna  
n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed  
Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:  
Renografica - Bologna

Il Bollettino di APRILE 2020  
è stato consegnato in posta  
il giorno 05/05/2020

Direzione, redazione e amministrazione:

via Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna

Tel. 051 399745

[www.odmbologna.it](http://www.odmbologna.it)

# SOMMARIO

ANNO LI - MAGGIO 2020 N° 5

## ARTICOLI

Il diavolo nella coda • 3

In morte di più di cento medici italiani di Covid-19 • 4

Da eroi a imputati? Riflessioni su come limitare il “rischio penale” dei sanitari al tempo del Covid-19 • 4

Analisi ed esperienze di Cooperazione Internazionale Scientifica e Sanitaria, in Cina e nei Paesi lungo la Nuova Via della Seta. Aiuti umanitari e sociali interreligiosi (seconda parte) • 10

Un saluto ed alcune considerazioni • 20

COVID-19: test di screening e diagnostici • 22

2020 ESC Guidance for the Diagnosis and Management of CV Disease in the Context of the COVID-19 Pandemic • 24

## NOTIZIE • 26

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • 26

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • 26

## CONVEGNI E CONGRESSI [RELAZIONI] • 29

## PICCOLI ANNUNCI • 32

## Degas, La danzatrice con mazzo di fiori, Louvre, Parigi.

Le danzatrici e le corse di cavalli sono due dei temi che attraggono Degas: “il cavallo cammina sulle punte, quattro unghie lo portano. Nessun animale si accomuna con la prima ballerina, con la stella del corpo di ballo, come un purosangue in perfetto equilibrio...”. Insieme alla fugacità dei cambiamenti di luce, Degas era interessato a rappresentare la gestualità corporea, il suo movimento, il meccanismo del corpo umano. La tecnica della pittura a olio non gli è di alcun aiuto, date le esigenze di cogliere a volo il movimento. Ricorre al pastello, ma rimane una tecnica fragile e così inizia a fare ricerche complicate mescolando pastello e guazzo a tempera. *La danzatrice con mazzo di fiori* è uno dei lavori più noti eseguiti con tale tecnica, che emana effetti di piacevole fluidità.

### Illustrazione e commento a cura di Raffaella Lenzi

Si comunica agli iscritti che sono disponibili le nuove credenziali per l'accesso all'area riservata EBSCO. Per richiederle inviare una mail alla Segreteria dell'Ordine [segreteria@odmbologna.it](mailto:segreteria@odmbologna.it)

# ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

## *Presidente*

Dott. GIANCARLO PIZZA

## *Vice Presidente*

Dott. CORRADO BONDI

## *Segretario*

Dott. VITTORIO LODI

## *Tesoriere*

Dott. OSCAR FINI

## *Consiglieri Medici*

Dott.ssa MARGHERITA ARCIERI

Dott. FRANCO BENETTI

Prof. LUIGI BOLONDI

Dott. EUGENIO ROBERTO COSENTINO

Dott.ssa ANNA ESQUILINI

Dott. GIUSEPPE IAFELICE

Dott. SALVATORE LUMIA

Prof. MAURILIO MARCACCI

Dott. MASSIMO MASOTTI

Prof. STEFANO PILERI

Dott.ssa GIULIANA SCHLICH

## *Consiglieri Odontoiatri*

Dott. CORRADO BONDI

Dott. GIOVANNI RUBINI

## *Commissione Albo Odontoiatri*

Presidente: Dott. CORRADO BONDI

Segretario: Dott. GIOVANNI RUBINI

Componenti: Dott. GIAMPAOLO AVANZINI  
Dott. FRANCESCO CICOGNANI SIMONCINI  
Dott. LUCA ORTENSÌ

## *Collegio dei Revisori dei Conti*

Presidente: Dott. ALESSANDRO ZATI

Componenti: Dott. MARIO MELE  
Dott. ROBERTO PIERALLI

Supplente: Dott. ILARIO RIGANELLO

# Da eroi a imputati? Riflessioni su come limitare il “rischio penale” dei sanitari al tempo del Covid-19

Stefano Canestrari\*, Gian Marco Caletti\*\*

L'emergenza sanitaria dovuta all'epidemia di Covid-19 ha sollevato non trascurabili problematiche anche sul piano giuridico. Tra le più urgenti è emersa la necessità di prevenire la possibile sovrapposizione giudiziaria degli operatori sanitari impegnati in prima linea nella gestione della pandemia.

Come noto, la diffusione a ritmo esponenziale della malattia e l'elevato numero di contagi hanno messo a dura prova la tenuta del Servizio Sanitario Nazionale. L'emergenza ha reso necessaria una complessiva riorganizzazione di numerose strutture, per fare spazio, isolare e curare i pazienti affetti dalla nuova infezione con complicanze polmonari. Farmaci e apparecchi, non disponibili per tutti i malati, sono stati contingentati. Professionisti di ogni specializzazione sono stati chiamati a effettuare turni di lavoro massacranti e a combattere la pandemia «a mani nude»; mentre giovani laureati, specializzandi e pensionati hanno dovuto sopperire alle carenze di personale. Inoltre, per trovare una cura in grado di debellare l'infezione si è proceduto “per tentativi”, senza poter fare affidamento su evidenze scientifiche condivise.

Nel frattempo, nonostante i coraggiosi sforzi messi in campo, il “virus” ha proliferato per settimane, mietendo un numero enorme di vittime, molte delle quali tra gli stessi medici ed infermieri.

Questo scenario eccezionale ha dilatato il “rischio penale” dei professionisti sanitari, da un lato moltiplicando le probabilità di errori, per quanto “incolpevoli”; dall'altro aprendo la possibilità che dei numerosissimi eventi avversi vengano successivamente accusati gli stessi operatori, anche a prescindere da effettive responsabilità.

La questione della responsabilità medica in relazione al Covid-19 ha investito l'opinione pubblica a partire dalla fine di marzo, in seguito alla lettera indirizzata dal Presidente FNOMCeO, Filippo Anelli, al Consiglio Nazionale Forense, nella quale esprimeva preoccupazione per le iniziative pubbli-

itarie promosse da alcuni avvocati, candidatisi pubblicamente a rappresentare le famiglie delle vittime dell'epidemia. I principali organi istituzionali forensi hanno assunto posizioni di grande durezza nei confronti degli iscritti autori di tali “bassezze” deontologiche, promettendo ripercussioni a livello disciplinare. Tuttavia, è parso sin da subito ineludibile anche un ripensamento legislativo della responsabilità penale degli esercenti le professioni sanitarie in chiave fortemente limitativa.

Ciò appare singolare dal momento che, come noto, la colpa professionale è stata oggetto di una corposa riforma soltanto tre anni fa, con la legge n. 24/2017: in fondo, la generale apprensione per una prevedibile ondata di procedimenti penali intentati nei confronti di professionisti sanitari sembra proprio testimoniare, una volta di più, le criticità della disciplina penalistica approntata da quell'intervento normativo, meglio noto come “Gelli-Bianco”<sup>1</sup>, che mirava a circoscrivere definitivamente il ruolo del diritto penale in ambito medico in vista di uno storico cambio di paradigma: dalla “repressione” alla prevenzione della *Malpractice*.

Nel quadro normativo attuale l'unico argine diretto alla responsabilità penale per colpa degli esercenti le professioni sanitarie è costituito dal secondo comma dell'art. 590-*sexies* del codice penale<sup>2</sup>, introdotto appunto nel 2017.

La norma è caratterizzata da una formulazione estremamente complessa, che è rimasta a lungo oscura anche tra gli addetti ai lavori, al punto che nella prima sentenza della Cassazione in argo-

<sup>1</sup> Per osservazioni critiche in merito, il volume interdisciplinare G.M. CALETTI, I. CAVICCHI, C. SCORRETTI, L. VENTRE, P. ZIVIZ, *Responsabilità e linee guida*, UDINE, 2018.

<sup>2</sup> A norma del quale, nei casi di omicidio e lesioni personali colpose: «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».

mento si è parlato di una sua «*drammatica incompatibilità logica*». L'unica certezza emersa sin da subito è che la nuova disciplina introdotta dalla legge è decisamente meno favorevole per i professionisti sanitari rispetto a quella previgente, prevista all'art. 3 del c.d. decreto "Balduzzi" (2012).

In una importante pronuncia delle Sezioni unite penali della Corte di Cassazione del febbraio 2018, si è giunti ad un'interpretazione chiarificatrice della riforma, stabilendo che l'esercente la professione sanitaria può essere chiamato a rispondere penalmente della morte o delle lesioni del paziente generalmente anche a titolo di colpa lieve; tuttavia, se l'evento si è verificato per un'imperizia nell'esecuzione di raccomandazioni di linee-guida o buone pratiche clinico-assistenziali adeguate al caso clinico, allora, il sanitario è punibile solo per colpa grave<sup>3</sup>.

In sostanza, ai sensi della legge "Gelli-Bianco", la colpa grave costituisce il metro di valutazione della condotta del sanitario soltanto se:

- 1) ha osservato una linea guida accreditata dal Ministero;
- 2) nell'osservarla ha commesso un errore di natura esecutiva;
- 3) tale errore è riconducibile all'imperizia – categoria sfuggente che ricomprende le imprecisioni di natura tecnica<sup>4</sup>;
- 4) il paziente non presentava delle peculiarità che rendevano necessario discostarsi dalla suddetta linea guida.

Si tratta – inutile nasconderselo – di un'ipotesi pressoché irrealizzabile: basti pensare che, a tre anni dalla sua entrata in vigore, si ha notizia di un solo ed unico caso di applicazione della normativa del 2017<sup>5</sup>.

In tutti gli altri casi, il sanitario è punibile per colpa lieve, cioè per ogni minimo errore che abbia con-

dotto alla morte o ad un peggioramento delle condizioni del paziente<sup>7</sup>.

La disciplina introdotta dalla legge "Gelli-Bianco", dunque, pare tutt'altro che adatta a fronte della portata dell'emergenza sanitaria da Covid-19.

Non foss'altro perché l'applicabilità della riforma è sempre condizionata al rispetto di linee guida accreditate, quando, invece, la diffusione di una infezione nuova non può che riverberarsi in una fisiologica assenza di indicazioni cliniche consolidate. Da quanto è dato sapere, infatti, la cura del Covid-19 avviene interamente "off label", nella speranza che i farmaci provati abbiano un effetto antivirale utile a debellare l'infezione<sup>8</sup>.

Ad uno sguardo più approfondito, tuttavia, il "diritto vivente" offrirebbe uno strumento più efficace dell'art. 590-sexies c.p. per contenere le responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie alle prese con la cura del "virus". Si tratta dell'art. 2236 del codice civile, a norma del quale il professionista, qualora si trovi ad affrontare problemi di speciale difficoltà, risponde solo per dolo o colpa grave.

Sebbene civilistica, tale disposizione è stata utilizzata per lungo tempo – all'incirca fino agli inizi degli anni '80 – dalla giurisprudenza penale per giustificare sentenze di proscioglimento nei confronti dei sanitari, che in quel periodo venivano condannati solo qualora si fossero resi responsabili di errori davvero grossolani e macroscopici. Per colpa grave, appunto.

<sup>7</sup> A prima vista, sembrerebbe una decisione penalizzante per i medici. Al contrario, la Corte si è spinta fin dove poteva nella protezione dei professionisti sanitari, "recuperando" il grado della colpa, che già caratterizzava il testo del precedente decreto "Balduzzi", nonostante il legislatore non lo avesse contemplato nella norma. La decisione sul piano tecnico, peraltro, fa da *pendant* ad una motivazione particolarmente "garantista", che apre, con toni che non hanno precedenti, ad un regime penale della responsabilità medica diverso e più favorevole rispetto a quello di tutti gli altri professionisti. Le criticità sono da addebitarsi, dunque, al testo poco chiaro licenziato dal legislatore.

<sup>8</sup> A dire il vero, l'SNLG ha attivato sul proprio sito, nella sezione "buone pratiche", una pagina relativa al Corona Virus Disease, nella quale, premesso che «la rassegna è in costante aggiornamento», sono raccolti i «documenti più attendibili sull'emergenza sanitaria». In linea teorica, l'art. 590-sexies c.p. ammette che, in assenza di linee guida accreditate, l'osservanza di "buone pratiche" possa costituire presupposto per l'applicazione della causa di non punibilità. Ciò nonostante, la strada dell'applicazione dell'art. 590-sexies c.p. continua a sembrare decisamente in salita: il linguaggio della pagina web dell'SNLG denota tutta l'incertezza dell'attuale quadro scientifico, che imporrebbe al processo penale di "inseguire il susseguirsi" – e magari il contraddirsi – delle diverse indicazioni scientifiche avvicinandosi nel tempo.

<sup>3</sup> Cfr. Cass. pen., Sez. IV, 20 aprile 2017, n. 28187 (rel. Blaiotta e Montagni).

<sup>4</sup> Cfr. Cass. pen., Sez. un., 31 marzo 2016, n. 22474 (rel. Vessicelli). Per un commento, v. G.M. CALETTI, M.L. MATTHEUDAKIS, *La fisionomia dell'art. 590-sexies c.p. dopo le Sezioni unite tra "nuovi" spazi di graduazione dell'imperizia e "antiche" incertezze*, in [www.penalecontemporaneo.it](http://www.penalecontemporaneo.it).

<sup>5</sup> La nozione di imperizia, contrapposta nell'art. 43 del codice penale a negligenza ed imprudenza, si è dimostrata negli anni assai manipolabile da parte della giurisprudenza, quasi sempre in senso penalizzante per i professionisti sanitari.

<sup>6</sup> Da parte del Tribunale di Parma. V. M.L. MATTHEUDAKIS, *Colpa medica e legge Gelli-Bianco: una prima applicazione giurisprudenziale dell'art. 590-sexies, co. 2, c.p.*, in [www.penalecontemporaneo.it](http://www.penalecontemporaneo.it).

Gradualmente poi, in coincidenza col tramonto del paradigma “paternalistico”, l’art. 2236 c.c. è stato abbandonato dai giudici penali. Ne è conseguito lo scivolamento da un regime incentrato sulla colpa grave alla punibilità “a tappeto” di ogni forma di colpa, che è senza dubbio tra le cause all’origine della ancora attuale sovraesposizione giudiziaria dei professionisti sanitari<sup>9</sup>.

Va segnalato che, recentemente, un orientamento giurisprudenziale ha provato a rilanciare l’art. 2236 c.c. nei giudizi penali per *medical malpractice*<sup>10</sup>. Per certi versi, il presupposto applicativo dell’art. 2236 c.c. della speciale difficoltà della prestazione sembra adattarsi bene alla situazione emergenziale creatasi. La Corte di Cassazione, infatti, ha riconosciuto come il coefficiente di difficoltà di una prestazione medica, per quanto apparentemente semplice “sulla carta”, possa aumentare in forza di fattori organizzativi o della presenza di situazioni emergenziali. In questa prospettiva, il contesto della pandemia in quale i sanitari sono stati chiamati ad operare avrebbe una doppia valenza: da una parte, rendendo i problemi da affrontare di “speciale difficoltà”, giustificerebbe l’utilizzo di un criterio di imputazione più favorevole e selettivo come quello della colpa grave ex art. 2236 c.c.; dall’altra parte, potrebbe essere valorizzato, proprio nel giudizio sul grado della colpa, per escludere la rimproverabilità soggettiva degli errori commessi<sup>11</sup>. In sostanza: anche se la condotta del sanitario non è stata impeccabile, non si può comunque fargliene una colpa per via delle condizioni nelle quali ha lavorato. La norma offrirebbe pertanto una protezione anche a tutti i sanitari che, per ragioni organizzative, si sono trovati ad operare al di fuori del proprio specifico ambito di competenza o senza averne l’esperienza necessaria.

De iure condito, dunque, l’art. 2236 c.c. potrebbe costituire una soluzione indispensabile per limitare eventuali responsabilità penali collegate alla pandemia, soprattutto nel caso in cui il legislatore finisse per non approvare una normativa *ad hoc*.

Nondimeno, sembra opportuno sottolineare che, a discapito delle sempre più esplicite prese di posizione da parte della giurisprudenza di legittimità,

sono ancora rare le occasioni nelle quali l’art. 2236 c.c. fa breccia nelle motivazioni delle sentenze di merito per escludere la punibilità. La riaffermazione della norma civilistica è stata sin qui rallentata anche dalla sua scarsa penetrazione tra le argomentazioni difensive: spesso gli avvocati, piuttosto che appellarsi all’art. 2236 c.c., preferiscono invocare l’applicazione della nuova riforma, persino in casi nei quali ne difettano con evidenza i requisiti, come ad esempio quando ad essere imputata al medico è una violazione delle linee guida.

Sotto tutt’altro profilo, poi, non va tralasciato il valore simbolico che avrebbe l’introduzione dello “scudo” *ad hoc*. Da questo punto di vista, è evidente come una risposta sul piano legislativo avrebbe ben altro impatto sulla potenziale «medicina difensiva dell’emergenza», tranquillizzando gli operatori circa la loro futura “incolumità” giudiziaria. Senza considerare, poi, la diversa efficacia “deterrente” dispiegata dalle due diverse impostazioni in relazione all’apertura di indagini: è chiaro che una nuova normativa avrebbe la capacità di prevenire non solo condanne e processi, comunque improbabili, ma anche la stessa presentazione delle denunce. Ma quindi come strutturare questo “scudo”? Per prima cosa, pare di poter rilevare come lo stile compilativo degli emendamenti al decreto “Cura Italia”<sup>12</sup>, sin qui sede del dibattito politico in argomento, sia particolarmente macchinoso. Da questo punto di vista, gli insuccessi delle riforme “Balduzzi” e “Gelli-Bianco”, anche a confronto con la rinascita dell’art. 2236 c.c., norma caratterizzata da un testo conciso ma efficace, dovrebbero invece aver lasciato maggiore consapevolezza della necessità di testi di legge non troppo articolati. Un primo punto da mettere a fuoco sembra relativo all’estensione temporale del regime di favore cui si intende dar vita. Non sembra da scartare a priori – anche se questa sembra la tendenza – l’ipotesi di una norma che resti in vigore anche una volta cessata l’emergenza: si tratterebbe, in definitiva, di dare finalmente attuazione al disegno complessivo della legge “Gelli-Bianco”, per ora naufragato per via di un’imperizia compilativa.

Circoscrivere la disciplina al periodo dell’emergenza, del resto, non appare nemmeno così semplice. Ne è la prova il fatto che gli emendamenti indicano come momento iniziale della fase d’emergenza provvedimenti diversi del Consiglio dei

<sup>9</sup> Per un approfondimento, G.M. CALETTI, *Il percorso di depenalizzazione dell’errore medico*, in [www.dpc-rivista-trimestrale.criminaljusticenetwork.eu](http://www.dpc-rivista-trimestrale.criminaljusticenetwork.eu)

<sup>10</sup> Si veda, ad esempio, Cass. Pen., Sez. IV, 1/2/2012, n. 4391 (Rel. Blaiotta).

<sup>11</sup> Cfr. S. CANESTRARI, *La doppia misura della colpa nella struttura del reato colposo*, *IP*, 2012, 21 ss.

<sup>12</sup> Disegno di legge AS 1766: conversione in legge del decreto 17 marzo 2020, n. 18.

Ministri. Allo stesso tempo, non sarà probabilmente nemmeno agevole individuare la fine dell'emergenza se è vero, come ormai sembra chiaro, che con l'epidemia bisognerà fare i conti ancora a lungo e la condizione emergenziale cesserà in modo graduale. L'estensione oggettiva e soggettiva dello statuto di responsabilità differenziato presenta diversi aspetti controversi. Tra le proposte è balenata anche quella di un'esenzione *tout court* da responsabilità penali, una sorta di "amnistia" generalizzata per tutte le condotte realizzate in relazione al Covid-19. Questa soluzione è stata osteggiata anche dagli stessi medici, principalmente poiché offrirebbe uno "scudo" inscalfibile anche alle figure dirigenziali, esteso fino ai casi in cui una loro colpa organizzativa ha determinato il contagio o la morte degli stessi operatori sanitari. Insomma, in questa prospettiva, dietro alla retorica "degli eroi" si celerebbe una moratoria di responsabilità "politico-organizzative". Peraltro, oltre ad equiparare medici e area manageriale, la proposta di una protezione totale da responsabilità colpose mette sullo stesso piano diverse realtà del Paese, garantendo l'immunità anche a possibili condotte gravemente colpose eventualmente maturate in contesti appena sfiorati dal "virus".

Nessuno degli emendamenti chiarisce se la limitazione della responsabilità penale si riferisca esclusivamente ai sanitari che hanno direttamente avuto a che fare con il Covid-19 o possa estendersi anche a prestazioni mediche di altro genere. Non va trascurato, infatti, che molte strutture hanno completamente riorganizzato anche altri reparti, per fare spazio ai malati della pandemia o trasferendo parte del personale per fronteggiare l'emergenza. È evidente come questi riasseti potrebbero aver influito anche sulla qualità dell'assistenza prestata ad altri malati per altre patologie e potrebbero talvolta giustificare un trattamento simile a quello riservato ai sanitari direttamente impegnati con l'epidemia. Alla luce di tutti questi interrogativi, la soluzione che pare più ragionevole è quella di prevedere una generalizzata limitazione della responsabilità penale alla colpa grave, non circoscritta alla sola imperizia ma estesa a negligenza ed imprudenza, e arricchita di una definizione che imponga di tenere conto, nella valutazione del grado della colpa, e quindi della affermazione di responsabilità, dei fattori organizzativo-contestuali (il numero di pazienti contemporaneamente coinvolti, gli standard organizzativi della singola strut-

tura in rapporto alla gestione dello specifico rischio emergenziale, l'eventuale eterogeneità della prestazione rispetto alla specializzazione del singolo operatore, il livello di pressione e/o urgenza, anche in relazione alla diffusione della pandemia nella specifica area geografica). La selezione del grado della colpa penalmente rilevante è un collaudato strumento, anche a livello internazionale, di riduzione del rischio penale dei sanitari. Basti considerare che, in Inghilterra, dove da sempre il diritto penale seleziona soltanto i casi di colpa grave, negli anni di massima sovraesposizione giudiziaria per i medici – tra il 1990 ed il 2005 – sono stati celebrati soltanto 38 processi nei confronti di professionisti sanitari, circa la metà di quelli che, ogni anno, giungono ancora oggi all'attenzione della nostra Corte di Cassazione dopo due gradi di giudizio<sup>13</sup>. In conclusione. La portata della pandemia ha messo sotto grande pressione i professionisti sanitari: ha imposto loro scelte drammatiche su chi curare, li ha costretti a lavorare interamente "off label", secondo moduli organizzativi emergenziali, con scarse risorse a disposizione e, spesso, a rischio della propria incolumità. Ciò nonostante, dopo una prima fase di sdegno nei confronti di chi paventava azioni giudiziarie nei loro confronti, il clima parrebbe mutato, probabilmente favorito dalle epidemie interne alle ormai note "RSA", e quotidianamente si rincorrono le notizie di nuove indagini. L'ordinamento giuridico, come si è esaminato, offre qualche strumento per contenere il rischio penale degli operatori sanitari. Tuttavia, sembra opportuno un'estensione per via normativa del criterio della colpa grave a tutti coloro che sono stati coinvolti nell'emergenza, di modo che l'intervento del diritto penale si limiti soltanto a casi di errori assolutamente macroscopici e che possano davvero dirsi "colpevoli"<sup>14</sup>.

\* Professore ordinario di diritto penale nell'Università di Bologna, membro del Comitato Nazionale per la Bioetica

\*\* Avvocato, Dottore di ricerca in diritto penale presso l'Università di Bologna

<sup>13</sup> Cfr. G.M. CALETTI, IL PERCORSO DI DEPENALIZZAZIONE, *CIT.*, 26 SS.

<sup>14</sup> Nella direzione di una limitazione delle responsabilità nell'emergenza anche la presa di posizione del Comitato Nazionale per la Bioetica in un recentissimo documento sull'argomento. Cfr. CNB, Covid-19: La decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica", in [www.bioetica.governo.it](http://www.bioetica.governo.it), 9 aprile 2020. La redazione del parere è stata coordinata dai Proff.: Stefano Canestrari, Carlo Casonato, Antonio Da Re, Lorenzo d'Avack, Assunta Morresi, Laura Palazzani, Luca Savarino.