

CeSDirSan

CENTRO INTERDISCIPLINARE DI STUDI SUL DIRITTO SANITARIO

I REPORT DEL CeSDirSan

IL COMITATO DI RICERCA SI CONFRONTA

ATTI DEL III CICLO DI SEMINARI
(2023-2024)

a cura di

Flaminia Aperio Bella

Nicola Posteraro

Maria Alessandra Sandulli

editoriale scientifica

I REPORT DEL CESDIRSAN

Comitato di Direzione

Alessandra Pioggia
Flaminia Aperio Bella
Nicola Posteraro

Comitato Scientifico

Rosario Ferrara
Marcella Gola
Elisabetta Lamarque
Vittorio Manes
Andrea Nicolussi
Marco Ruotolo
Maria Alessandra Sandulli

Comitato di redazione

Alessandra Coiante (coordinatrice)
Elena Fabbriatore
Tania Linardi

IL COMITATO DI RICERCA SI CONFRONTA

Atti del convegno del III ciclo di seminari (2023-2024)

a cura di

FLAMINIA APERIO BELLA

NICOLA POSTERARO

MARIA ALESSANDRA SANDULLI

Editoriale Scientifica

Tutti i diritti sono riservati

© 2025 Editoriale Scientifica srl

Via San Biagio dei Librai 39
Palazzo Marigliano
80138 Napoli

www.editorialescientifica.com

ISBN 979-12-235-0256-3

INDICE

<i>Introduzione dei Curatori</i>	7
----------------------------------	---

Diritto civile

VINCESCO ROSSI

<i>La ripartizione del risarcimento tra struttura e operatore sanitario: presupposti e limiti del meccanismo di rivalsa</i>	13
---	----

VALERIO BRIZZOLARI

<i>Brevi note in tema di onere della prova e rivalsa della struttura ospedaliera nella responsabilità sanitaria</i>	37
---	----

Diritto penale

MARTA BERNARDINI

<i>La responsabilità penale del medico: dalla legislazione d'emergenza alla necessità di una riforma di sistema</i>	63
---	----

MATTEO LEONIDA MATTHEUDAKIS

<i>La centralità della colpa grave nella ricerca di un equilibrio per disciplinare la punibilità del sanitario</i>	73
--	----

Diritto amministrativo

MELANIA D'ANGELOSANTE

Come la governance europea per la tutela della salute contribuisce a definire uno status di 'paziente' nel panorama euro-unitario

121

SABRINA TRANQUILLI

La governance europea per la tutela della salute e la sicurezza sanitaria transnazionale

139

Diritto costituzionale

SERGIO SPATOLA

La salute schiacciata: tracce sull'impatto delle condizionalità finanziarie sul diritto alla salute

153

CLAUDIA GOLINO

I diritti sociali nell'Unione europea alla prova della condizionalità macroeconomica

183

LA CENTRALITÀ DELLA COLPA GRAVE NELLA RICERCA DI UN EQUILIBRIO PER DISCIPLINARE LA PUNIBILITÀ DEL SANITARIO

*Matteo Leonida Mattheudakis**

SOMMARIO: 1. Una materia costantemente in via di riforma. – 2. Gli scarsi risultati delle discipline ordinarie del 2012 e 2017. – 3. La declinazione emergenziale della “stagione delle riforme” e le indicazioni in vista di una nuova disciplina ordinaria. – 3.1. Un’insidia da evitare: l’imperizia «cavallo di Troia». – 3.2. Punire (soltanto) per colpa grave è preferibile rispetto a non punire per colpa lieve. – 3.3. I pregi di una (eventuale) definizione flessibile della colpa grave. – 4. Le proposte di riforma degli ultimi anni. – 4.1. La proposta dell’Associazione Italiana dei Professori di Diritto Penale. – 4.2 La proposta del Professor Cristiano Cupelli. – 4.3 La proposta parlamentare dell’On. Matone (e altri). – 4.4. La proposta della commissione istituita dal Ministro Nordio (c.d. commissione d’Ippolito). – 5. Considerazioni conclusive di sistema.

1. *Una materia costantemente in via di riforma*

Intervengo con particolare entusiasmo in questo incontro, ringraziando per l’opportunità la Professoressa Maria Alessandra Sandulli nonché i Professori Flaminia Aperio Bella e Nicola Posteraro.

* Ricercatore *senior* di diritto penale presso l’Alma Mater Studiorum di Bologna.

Le considerazioni che seguono maturano nella cornice di un dialogo fecondo e ampiamente sintonico con la Dott.ssa Marta Bernardini, che mi sollecita a concentrarmi su aspetti specifici e di particolare ricorrenza nel dibattito, a partire dal ruolo delle linee guida o del controverso requisito dell'imperizia. Il discorso si indirizza necessariamente verso una ricognizione diacronica sul percorso di riforma della punibilità per colpa del sanitario, alla ricerca di un assetto plausibile per una nuova disciplina di carattere generale, ordinario, che vada cioè oltre la prospettiva dell'emergenza degli ultimi anni. Dall'esperienza pandemica e post-pandemica si possono ricavare spunti interessanti, in particolare sul grado della colpa, che ciclicamente si ripropone come criterio chiave per pervenire all'ambito risultato di un allentamento della pressione giudiziaria (penale) su una categoria professionale che sta attraversando un periodo notoriamente critico.

Le riforme più o meno recenti hanno perseguito l'obiettivo appena menzionato lavorando proprio sul perimetro della colpa penalmente rilevante. Si è parlato, da parte di più autori, di quella ancora in corso come della «stagione delle riforme» (Caputo, 2017, p. 213 ss.; Canestrari, 2020, p. 155 ss.; Carraro, 2022, p. 87 ss.; volendo, Mattheudakis, 2018, p. 1220 ss.), inaugurata con il d.l. "Balduzzi", 13 settembre 2012, n. 158 e segnata da diverse tappe successive, in particolare la legge "Gelli-Bianco", 8 marzo 2017, n. 24, la regolamentazione dell'emergenza pandemica tramite il d.l. 1° aprile 2021, n. 44, infine il decreto milleproroghe, d.l. 30 dicembre 2023, n. 215 (a quanto risulta nel momento della ri-

finitura di questo testo scritto, riproposto anche per l'anno 2025).

Alcune scelte del recente passato hanno dato prova negativa sotto diversi punti di vista, trovando in particolare scarsissimo riscontro applicativo, e altre, invece, sembrano in grado di poter essere riproposte in un assetto normativo stabile, di carattere ordinario, che fuoriesca da quella dimensione di eccezionalità delle discipline del periodo pandemico e post-pandemico, quest'ultimo ancora condizionato da un approccio emergenziale. Come si vedrà in seguito, infatti, con l'ultimo intervento normativo sulla punibilità per colpa, realizzato tramite il decreto milleproroghe, si è calato l'accento non più sull'emergenza pandemica, ma sulla diversa emergenza attuale che si sostanzia nella «grave carenza di personale» delle strutture sanitarie, una “emorragia” di professionisti qualificati che pare peraltro destinata a cronicizzarsi, per ricorrere a metafore suggerite dal contesto, quindi a durare ben oltre la data di scadenza, espressamente fissata nel 31 dicembre 2024 (prorogata fino a fine 2025).

Il proposito di queste riflessioni è quello di porsi in una prospettiva *de iure condendo*, di riforma, cercando quindi di considerare in che modo si possa migliorare, possibilmente “semplificandola”, la disciplina ordinaria della punibilità. La tempestività di questo tentativo sembra poter peraltro trovare conferma nel fatto che, proprio mentre era in corso la stesura di questo contributo, vi è stata la pubblicazione dei lavori di una commissione istituita dal Ministro della Giustizia Carlo Nordio e presieduta dal Magistrato

Adelchi d'Ippolito, volta a valutare come rimodellare la responsabilità civile e penale del sanitario.

In occasione dell'insediamento della commissione appena menzionata erano stati ripetuti alcuni concetti chiave: tra gli altri, allentamento della pressione giudiziaria sui sanitari, puntando a una riduzione del ben noto fenomeno della medicina difensiva – il cui impatto sull'economia pubblica non risulta ridotto nell'ultimo decennio ed è stato stimato recentemente in circa 11 miliardi di euro l'anno – pur senza arrivare alla scelta di una depenalizzazione radicale della responsabilità colposa; chiarezza della disciplina; investimento sulla prevenzione.

Le riflessioni che seguiranno si collocheranno entro queste stesse (oggettivamente) condivisibili coordinate di fondo, concentrandosi in particolare sulle criticità del requisito dell'imperizia, che – lo si anticipa – andrebbe superato, e, più in generale, sulle precise modalità di tipizzazione di una nuova disciplina ordinaria della punibilità del sanitario, che – lo si afferma apertamente sin d'ora – dovrebbe incentrarsi direttamente ed esclusivamente sul grado della colpa (come compiutamente già sostenuto in Mattheudakis, 2021).

2. *Gli scarsi risultati delle discipline ordinarie del 2012 e 2017*

Per contestualizzare meglio gli spunti *de iure condendo* che ci si accinge a proporre, sembra opportuno dedicarsi preliminarmente a una breve ricognizione

diacronica, con sintetici cenni alle varie tappe succedutesi, che evidenziano un percorso travagliato, come testimonia anche un'esternazione relativamente recente di Federico Gelli (del 14 aprile 2024, nell'ambito di un incontro alla Camera dei Deputati sui decreti attuativi della legge n. 24 del 2017), uno dei due (ex) parlamentari che (con il proprio cognome) hanno dato il nome alla nota legge del 2017, la quale ancora oggi regola buona parte delle attività relative alle professioni sanitarie e le relative responsabilità. L'esperienza riferita da Gelli è nel senso che ogni volta che si è tentato di regolamentare l'esercizio delle professioni sanitarie a partire dal diritto penale la proposta si è poi arenata per la difficoltà di superare contrapposizioni tra sensibilità diverse e piuttosto distanti.

È un dato oggettivo che la maggior parte delle norme penali che sono intervenute negli ultimi due decenni sulla responsabilità per colpa del sanitario siano state introdotte tramite decreti legge, peraltro soltanto in fase di conversione in legge, a dimostrazione della necessità di tempi dilatati prima di trovare un consenso sufficiente per intervenire sulla responsabilità penale. Anche nell'unico caso in cui si è proceduto con legge ordinaria, nel 2017, la disciplina penale è stata oggetto di contrapposizioni: il testo inizialmente approvato alla Camera è stato nettamente modificato in Senato e la Camera, in definitiva, si è sostanzialmente adeguata.

Nel 2012, quando la “stagione delle riforme” ha preso il via con il d.l. “Balduzzi” (d.l. 13 settembre 2012, n. 158), un intervento normativo ad ampio spet-

tro, non limitato al tema della responsabilità, si è dichiarato apertamente di voler contrastare la medicina difensiva e, per farlo, si è puntato opportunamente sul grado della colpa come criterio di giudizio sulla responsabilità penale del sanitario, ma il timore di accordare un privilegio alla categoria professionale in considerazione ha indotto il legislatore ad agganciare la disciplina al rispetto di requisiti ulteriori, individuati nel contesto dell'E.B.M. (Evidence-based Medicine), cioè la medicina basata sulle evidenze scientifiche.

La disposizione penale contenuta nell'art. 3 d.l. "Balduzzi", introdotta in fase di conversione in legge del decreto, prevedeva la non punibilità (per reati colposi) del sanitario che si fosse attenuto a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica e ciò nonostante, a causa di un errore inquadabile in termini di colpa lieve, avesse determinato o comunque permesso la verifica dell'evento infausto, cioè la morte o il peggioramento delle condizioni di salute del paziente. La *ratio*: esprimere indulgenza nei confronti del sanitario mostratosi preparato, in grado di attingere al sapere scientifico più consolidato, ma che si sia macchiato, nel farsi del trattamento, di un errore lieve.

Parte della letteratura penalistica ha considerato plausibile l'inclusione, tra le ipotesi da non punire, anche degli «adempimenti inopportuni» (adesioni più o meno acritiche al sapere scientifico consolidato e "codificato", senza cioè un calibrato adeguamento alle esigenze del paziente specifico), rispetto ai quali si è intravista una compatibilità con il tenore letterale della norma e una non inferiore meritevolezza di in-

dulgenza rispetto ai casi di «adempimenti imperfetti» (errori sostanzialmente esecutivi di fonti comportamentali espressione dell'E.B.M., scelte correttamente per far fronte al caso concreto), apparendo ragionevole, almeno entro una certa misura, tutelare comunque l'affidamento dei sanitari nelle indicazioni scientifiche più consolidate, in quanto di comprovata validità generale (per tale terminologia, sia consentito il rinvio a Caletti, Mattheudakis, 2017, p. 90 ss.). Ciò poiché la frequente pluralità di patologie (o, comunque, dei profili degni di particolare attenzione) riscontrabili in capo al singolo paziente, con conseguente necessità di personalizzare il più possibile il trattamento, al contempo si traduce, non di rado, in una sovrapposizione di sintomi che rende particolarmente complessa la corretta lettura del caso, così da poter far apparire tutt'altro che lampante – altrimenti si dischiuderebbe lo scenario della colpa grave – l'opportunità di abbandonare quel *safe harbor* (porto sicuro) offerto dalle più collaudate strategie di intervento, che in linea teorica si adeguerebbero effettivamente ad almeno una parte delle esigenze del destinatario del trattamento.

Ciò nonostante, la disciplina del 2012 è rimasta pressoché disapplicata, per diversi motivi, tra cui: la carenza di linee guida/buone pratiche oppure il riscontro di una loro violazione nel caso concreto; la tipologia di colpa ritenuta sussistente nella vicenda sotto giudizio, cioè l'inquadramento in termini di negligenza o imprudenza, in parallelo con l'affermarsi di un orientamento della giurisprudenza che ha aggiunto, come requisito non scritto nel testo legale, l'imperizia, di incerta definizione e comunque di fatto

praticamente mai reputata sussistente; una certa moderazione nel giudicare lieve la colpa del sanitario imputato.

È così che, in occasione di una ulteriore riforma “di sistema”, la previsione penale del d.l. “Balduzzi” è stata superata in favore di quella che è ad oggi la disciplina ordinaria vigente, ossia quella della legge 8 marzo 2017, n. 24: la legge “Gelli-Bianco”. Si può indicare come disciplina ordinaria vigente perché è quella ancora oggi applicabile ai casi non connotati dalla gestione del rischio pandemico oppure collocati al di fuori dello specifico ambito ritagliato dal più recente decreto milleproroghe, incentrato sulle ipotesi di grave carenza di personale sanitario.

L'operazione legislativa (che ha introdotto nel codice penale l'art. 590-*sexies*, rubricato «Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario»), in questo caso, è stata ancora più discussa, perché è scomparso il riferimento al grado della colpa e il richiamo all'E.B.M. è subito sembrato di complessa lettura: «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» (2° c.).

In una delle primissime sentenze di legittimità sono emersi «alti dubbi interpretativi», tanto che si è parlato di disciplina «di disarticolante contraddittorietà», dall'interpretazione letterale esposta a esiti

di «lampante» e «drammatica incompatibilità logica» (Cass. pen., sez. IV, 20 aprile 2017, n. 28187). È stato quindi necessario un immediato intervento delle Sezioni unite della Cassazione (sentenza “Mariotti”: Cass. pen., sez. un., 21 dicembre 2017, n. 8770) per individuare una linea interpretativa capace di orientare i giudici di merito e, in quell’occasione, il grado della colpa è stato riabilitato come se fosse un requisito implicito della disciplina, anche per evitarne un aperto contrasto con istanze costituzionali, quali, in particolare, la necessità di fornire una tutela effettiva alla salute dei consociati.

Ad alcuni anni di distanza, una pluralità di indicatori evidenziano l’oggettivo fallimento (anche) della disciplina penale della legge “Gelli-Bianco”, se la valutazione è nell’ottica di ottenere il risultato ambito, cioè un effettivo allentamento della pressione giudiziaria sui sanitari.

In quasi 8 anni di vigenza, nei principali repertori di giurisprudenza si trovano pronunce che prendono in considerazione l’art. 590-*sexies* c.p. per poi escluderne praticamente sempre l’applicabilità nel caso concreto. Tra le rarissime eccezioni si finisce quasi sempre per menzionare (soltanto) una pronuncia del Tribunale di Parma (Trib. Parma, 18 dicembre 2018, n. 1584).

Dell’imperizia come requisito problematico si dirà a breve.

Quanto al secondo “matrimonio” tentato con l’E.B.M., le prime criticità affiorate già nella “luna di miele” non sono scomparse del tutto e anzi hanno finito per cedere il passo a successivi tentativi di “se-

parazione”, per rimanere nel quadro della metafora coniugale.

Nel momento in cui si scrive, sono più di 100 le linee guida istituzionalmente accreditate secondo il percorso previsto dall’art. 5 della l. n. 24 del 2017, ma fino alla primavera del 2020, a tre anni dall’entrata in vigore della riforma, le linee guida accreditate erano soltanto tre, di cui peraltro una sola suscettibile di essere richiamata con pertinenza nella prospettiva di valorizzare il rispetto dell’E.B.M. in chiave di esclusione della punibilità, ossia quella sull’emorragia *post partum*.

Anche una volta avviatosi con buon ritmo il percorso di accreditamento, restano comunque molte perplessità sulla piena ragionevolezza del tentativo di stabilire un legame così forte e necessario tra il rispetto di fonti comportamentali dotate di un sigillo più o meno formale e la (limitazione di) responsabilità penale individuale. Ad esempio, non sembra eccentrico considerare che difficilmente le linee guida accreditate arriveranno a “coprire” tutte le sfumature trattamentali immaginabili, con conseguente criticità sul piano del principio di uguaglianza (tra sanitari che ne hanno quindi potuto disporre e altri che hanno dovuto operare senza questo ausilio), soprattutto se si guarda al ruolo, inteso come complementare, ma fin qui pressoché nullo, riconosciuto alle buone pratiche clinico-assistenziali. Paiono inoltre tutt’altro che prive di pregio (in particolare se concepite *de iure condendo*) le osservazioni di chi ha richiamato l’attenzione sulla meritevolezza di indulgenza nei confronti del sanitario giudicabile in colpa lieve per aver riposto

erroneamente affidamento in strategie trattamentali consolidate, ma non adeguate (o non del tutto adeguate) alle esigenze del paziente avuto in carico (Vallini, 2017, p. 24). Si tratta di casi esplicitamente esclusi dall'ambito applicativo dell'art. 590-*sexies* c.p., come confermato anche dalle Sezioni unite della Cassazione, che hanno infatti ravvisato nel dato legale un chiaro privilegio per l'errore esecutivo di fonti comportamentali E.B.M., a discapito di quelli che sono stati sopra richiamati come «adempimenti inopportuni» (delle stesse indicazioni scientifiche), non apertamente discriminati, invece, dal d.l. “Balduzzi”, che quindi aveva uno spazio operativo un po' meno angusto.

L'obiettivo perseguito era evidentemente quello di sottrarsi alla critica di favorire un appiattimento superficiale a quella che talvolta si è freddamente definita «medicina di Stato» (ad esempio, Piras, 2017, par. 8), ma si è così trascurata in maniera probabilmente arbitraria una classe di comportamenti meritevoli di maggiore considerazione.

Il fallimento delle ambizioni deflative della legge “Gelli-Bianco” ha peraltro alimentato, persino da parte delle Sezioni unite, una rivitalizzazione dell'art. 2236 c.c. (il quale esclude l'obbligo di risarcimento del danno in capo al prestatore d'opera che non risulti in dolo o in colpa grave nell'aver svolto una prestazione complicata da problemi tecnici di speciale difficoltà), che ciclicamente varca i confini della responsabilità civile per “razionalizzare” anche quella penale. Ciò appare forse un paradosso, essendo ormai da diversi anni finalmente vigenti discipline *ad hoc* sulla responsabilità penale, ma il paradosso è appunto soltanto

apparente, evidenziando – a ben vedere – semplicemente uno spostamento dei riflettori su una disciplina reputata capace di prestazioni maggiori, in quanto imbrigliata da meno vincoli. In questa stessa prospettiva, non deve quindi meravigliare che, pure rispetto alla gestione dell'emergenza pandemica, soprattutto con riferimento alle sue prime fasi (in cui l'incertezza scientifica rendeva del tutto eccentrica la ricerca di linee guida minimamente consolidate), il ricorso alla regola di giudizio civilistica sia sembrato una *extrema ratio* più plausibile della soluzione “ufficiale” disponibile *de iure condito* (Caputo, 2020, p. 6 ss.)

3. *La declinazione emergenziale della “stagione delle riforme” e le indicazioni in vista di una nuova disciplina ordinaria*

Nei momenti in cui c'è stato bisogno di “fare sul serio”, cioè in occasione dell'emergenza pandemica – è ancora vivido il ricordo della repentina evoluzione di un certo approccio collettivo nei confronti dei sanitari: «da eroi a imputati» (Canestrari, Caletti, 2020, p. 6 ss.) – e, in seguito, con il decreto milleproroghe del dicembre 2023 (volto a fronteggiare una nuova emergenza, per quanto connessa alla precedente; emergenza stimata poi come sussistente anche per tutto il 2025), sono stati abbandonati gli equilibrismi motivati dal timore (infondato) di creare un regime di privilegio elitario per i professionisti in questione e si è puntato direttamente sul criterio più autenticamente deflativo, ossia il grado della colpa.

Tale criterio nella tradizione di altri ordinamenti ha consentito una selezione efficace: in Inghilterra, ad esempio, dove la regola è praticamente sempre stata quella, uno studio ha dato conto della celebrazione di soli 38 processi penali per “colpa medica” dal 1990 al 2005 (Ferner, McDowell, 2006, p. 309 ss.), circa la metà di quelli che arrivano in Italia in Cassazione ogni anno (Caletti, 2019, p. 28, richiamando l’indagine di Brusco, 2016, p. 4 ss.) e negli Stati Uniti d’America il quadro appare analogo (Di Landro, 2019, p. 13 ss.; De Lia, 2024, p. 167 ss.).

In sede di conversione in legge del d.l. 1° aprile 2021, n. 44 – in prima battuta, il decreto era intervenuto con urgenza sulla campagna vaccinale, sostanzialmente “immunizzando” i sanitari in essa impegnati da possibili addebiti per omicidio colposo o lesioni colpose (art. 3, su cui, ad esempio, Furia, 2021; Penco, 2021, par. 4; Piras, 2021) – si è quindi aggiunto l’art. 3-*bis*, il cui 1° c. presenta la seguente formulazione: «Durante lo stato di emergenza epidemiologica da Covid-19, dichiarato con delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, e successive proroghe, i fatti di cui agli articoli 589 e 590 del codice penale, commessi nell’esercizio di una professione sanitaria e che trovano causa nella situazione di emergenza, sono punibili solo nei casi di colpa grave».

Nei paragrafi successivi si avrà modo di argomentare diffusamente in merito alla preferibilità di una soluzione normativa del genere, non mancando poi di considerare i vantaggi e i profili di criticità di una eventuale definizione normativa del grado della colpa, anche in questo caso assumendo come punto di

riferimento l'art. 3-*bis* del d.l. 1° aprile 2021, n. 44, in particolare il 2° c. e la soluzione in parte analoga del decreto milleproroghe del 2023 (e di quello del 2024).

3.1. *Un'insidia da evitare: l'imperizia «cavallo di Troia»*

Senz'altro condivisibile pare la scelta del legislatore di prescindere, nelle soluzioni normative emergenziali del 2021 e del 2023, dall'imperizia e nella stessa direzione si dovrebbe procedere in occasione della tipizzazione di una nuova disciplina ordinaria della punibilità del sanitario.

Dovrebbero bastare poche considerazioni per far emergere le insidie di un criterio che, con una efficace metafora di Ombretta Di Giovine, allora Professoressa ordinaria di diritto penale nell'Università di Foggia e ora in servizio presso la Corte di Cassazione, è stato descritto come un «cavallo di Troia» (Di Giovine, 2017, p. 2163, nota 28), capace di boicottare l'ambizione deflativa di entrambe le discipline ordinarie dell'epoca recente, cioè prima del d.l. “Balduzzi” e poi della legge “Gelli-Bianco”.

Il requisito dell'imperizia è ricomparso dal 2012 pur non essendo espressamente menzionato nel d.l. “Balduzzi”. È stato inteso come un supposto requisito di ragionevolezza una volta che si è tornati a parlare di grado della colpa.

Si può affermare che tale requisito sia ricomparso, perché è un retaggio della storia applicativa dell'art. 2236 c.c. – aspetto da non sottovalutare quando si guarda a un'alternativa pienamente soddisfacente al

regime attuale – che ha trovato avallo in una nota sentenza della Corte costituzionale del 1973 (Corte cost., 22 novembre 1973, n. 166; per un sintetico ritorno adesivo sul punto da parte della “Consulta”: Corte cost. (ord.), 2 dicembre 2013, n. 295): per la preoccupazione di non alimentare un irragionevole privilegio professionale, si è precisato che a non essere punibile sarebbe soltanto la colpa lieve qualificabile come imperizia (evocata dai «problemi tecnici di speciale difficoltà»), ritenendosi meno razionale non pretendere dal sanitario il massimo della prudenza e soprattutto della diligenza, evidentemente repute qualcosa di ontologicamente diverso. Questa supposta diversità non è però mai stata “argomentata” bene facendo esemplificazioni o comunque fornendo criteri interpretativi minimamente chiari.

Più di recente, si è di fatto assistito a uno svuotamento giurisprudenziale dell'imperizia, nel senso che le più classiche ipotesi di “colpa medica”, cioè gli errori diagnostici, sono state perlopiù ricondotte alla negligenza; le dimissioni premature del paziente, eventualmente basate su un errore diagnostico, sono state qualificate spesso come imprudenza. In ogni caso, per la giurisprudenza, non si sarebbe trattato (quantomeno anche) di imperizia.

Pochi mesi prima della riforma del 2017 è giunto improvvisamente un apprezzabile monito da parte della stessa giurisprudenza. Ci si riferisce alla sentenza “Denegri” (Cass. pen., sez. IV, 11 maggio 2016, n. 23283), per cui «la scienza penalistica non offre indicazioni di ordine tassativo, nel distinguere le diverse ipotesi di colpa generica, contenute nell'art. 43 c.p.,

comma 3». Ancor più esattamente, nella dottrina penalistica si è tradizionalmente assai spesso concepita l'imperizia come la declinazione tecnico-scientifica (specialmente in contesti professionali) di negligenza e imprudenza e non come un distinto *tertium genus*, che la giurisprudenza ha di fatto trasformato in un genere senza specie (Badalamenti, 2021).

Come è evidente, il monito della sentenza “Dene-gri” è rimasto sostanzialmente inascoltato, in quanto con la legge “Gelli-Bianco” l'imperizia è stata elevata a requisito espresso del regime di punibilità del sanitario, accreditando l'idea che si tratti di un requisito selettivo, cioè che effettivamente esista e vada privilegiata un'imperizia in senso stretto distinguibile dalla negligenza e dall'imprudenza pur in un contesto professionale come quello sanitario.

La giurisprudenza, pur assumendo posizioni via via più condivisibili, ha comunque palesato (come del resto lasciavano presagire le premesse della sentenza poc'anzi evocata) notevoli incertezze qualificatorie, che dimostrano l'inaffidabilità del criterio.

Le stesse sezioni Unite “Mariotti”, che rappresentano ad oggi il più autorevole punto di riferimento ermeneutico della disciplina vigente, condivisibilmente hanno ricondotto in astratto al campo della perizia questioni relative all'attività diagnostica, ma poi, alla prova dei fatti, cioè nel momento in cui si sono rapportate alla vicenda concreta, è stata acriticamente ratificata la qualificazione proveniente dai giudici di merito in termini di negligenza di una inadeguatezza diagnostica riguardo a una condizione neurologica, la sindrome della cauda equina.

In un altro precedente di poco successivo, del 2018 (Cass. pen., sez. IV, 26 aprile 2018, n. 24384), che si può richiamare a titolo meramente esemplificativo, a fronte di un'inadeguatezza di carattere diagnostico si è palesata l'ennesima incertezza sulla sua qualificazione in termini di imperizia oppure di negligenza, quest'ultima intesa come qualcosa di ontologicamente differente dalla prima. Analogamente, una pronuncia del 2022 (Cass. pen., sez. IV, 6 dicembre 2022, n. 15786), relativa sempre a un omesso approfondimento diagnostico, è pervenuta a una valutazione della colpa in termini sia di imperizia che di negligenza.

Tra le sentenze che tendono a restituire maggiormente linfa contenutistica all'imperizia ve n'è una del 2020 (Cass. pen., sez. IV, 11 febbraio 2020, n. 15258), per la quale «in linea di massima, l'agire dei professionisti, e quindi in primo luogo anche dei sanitari, si presta a essere valutato primariamente in termini di perizia/imperizia, dovendosi intendere quest'ultima, quindi, come violazione delle “regole tecniche” della scienza e della pratica (o *leges artis*)». Alcune opacità permangono però dal momento che, nella stessa pronuncia, si aggiunge: «Quanto detto, ovviamente, non esclude che l'evento possa essere stato determinato da un errore originato da negligenza o da imprudenza, alla cui base vi è cioè la violazione di regole cautelari non “tecniche” bensì attuabili secondo la comune esperienza».

Viene da chiedersi se davvero i casi di “colpa medica” possano così spesso, come ha voluto far credere la giurisprudenza, essere giudicati secondo la comune esperienza. Visto che assai di frequente si è esclusa in

concreto l'imperizia, ciò vuol forse dire che si sarebbe allora potuto fare a meno, negli stessi casi, dei consulenti tecnici per giudicare il sanitario? Sembra difficile rispondere affermativamente. Il rischio, in definitiva, è che l'ostinazione a individuare regole cautelari non "tecniche" in un contesto così specifico induca nuovamente a svuotare di contenuto l'imperizia.

3.2. Punire (soltanto) per colpa grave è preferibile rispetto a non punire per colpa lieve

È opportuno chiarire esplicitamente che la punibilità "residua", eccezionalmente, per colpa grave e non che la si esclude per colpa lieve, come invece prevedeva il d.l. "Balduzzi".

Nella direzione qui proposta si era ad esempio pronunciata la c.d. commissione Alpa, istituita nel 2015, prima dell'entrata in vigore della legge "Gelli-Bianco" e presieduta da un insigne civilista. Nel documento di sintesi, si legge che la commissione ha «ritenuto che l'esonero da colpa lieve non sia dirimente, e non sia sufficiente a prevenire il dilagare della medicina difensiva», concludendo nel senso che il sanitario «debba rispondere penalmente nel solo caso di dolo o colpa grave» (lo riporta Caputo, 2017, p. 347).

La questione potrebbe apparire meramente terminologica, ma è condivisibile la cura del profilo "comunicativo" delle norme di questo settore, sia a beneficio dei professionisti (stimolandone la dedizione esclusiva all'interesse del paziente) che degli operatori giuridici, posto che, come efficacemente parafrasato in dottrina, la giurisprudenza si è talvolta spinta a «predicare

la colpa lieve anche quando manca la colpa, contrabbandando per lieve una colpa che in realtà maschera forme di responsabilità oggettiva» (Caputo, 2017, p. 349). Vi può quindi essere il rischio di uno svuotamento di contenuto effettivo di una clausola che escluda la punibilità soltanto nei casi di colpa lieve.

Scomposizioni tripartite della colpa – scenario tutt’altro che meramente ipotetico, trovandosene traccia nella tradizione nella dottrina penalistica (si veda la ricognizione di Poli, 2021, p. 11 ss.) – potrebbero poi implicare la punibilità, ad esempio, di forme intermedie di colpa, non agevolmente distinguibili dalla colpa lieve e rispetto alle quali non sarebbe quindi immediato parlare di colpa grave.

La diffidenza pare tanto più giustificata alla luce dell’esperienza dell’ordinamento spagnolo, all’interno del quale si parla di *imprudencia leve, grave e menos grave*, una forma intermedia di colpa, appunto, accusata di “far rientrare dalla finestra ciò che è stato espulso dalla porta”, ossia la colpa lieve, che in Spagna attualmente ha rilievo soltanto sul piano civile (Daunis Rodríguez, 2018, p. 2 ss.; Poli, 2018, p. 903 ss.; Cappellini, 2021, p. 656 ss.; Valbonesi, 2021, p. 224 ss.).

Alla luce di quanto considerato, risulta ancora una volta condivisibile la soluzione dell’art. 3-*bis* d.l. 1° aprile 2021, n. 44, che sembra appunto assegnare alla punibilità una dimensione eccezionale, potendosi configurare «solo nei casi di colpa grave». Come si accennava, tale criterio di responsabilità ha poi trovato espressa estensione con il decreto milleproroghe del 2023 (e quello del 2024) anche alla successiva emer-

genza, ossia quella della ormai ben nota «grave carenza di personale» (per un primo commento, Piras, *Dallo scudo penale Covid-19 allo scudo penale milleproroghe*, 2024): «La limitazione della punibilità ai soli casi di colpa grave prevista, per la durata dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, dall'articolo 3-bis del decreto-legge 1 aprile 2021, n. 44, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 maggio 2021, n. 76, si applica altresì ai fatti di cui agli articoli 589 e 590 del codice penale commessi fino al 31 dicembre 2024 nell'esercizio di una professione sanitaria in situazioni di grave carenza di personale sanitario» (art. 4, c. 8-septies, d.l. 30 dicembre 2023, n. 215, come convertito tramite l'intervento della legge 23 febbraio 2024, n. 18; disciplina poi estesa per tutto il 2025 dall'art. 4, c. 7, lett. d, d.l. 27 dicembre 2024, n. 202).

3.3. I pregi di una (eventuale) definizione flessibile della colpa grave

Quanto all'opportunità, ravvisata da alcuni, di definire normativamente il concetto di colpa grave, occorre considerare che se ne possono indubbiamente intravedere dei vantaggi, come la maggior precisione della norma penale e la significativa uniformità di giudizio che si può ottenere; ma ci sono anche possibili controindicazioni, come il rischio di tralasciare fattori meritevoli di considerazione. Inoltre, più le definizioni si arricchiscono di elementi, in misura corrispondente si alimenta il rischio di tornare al punto di partenza, cioè di trovarsi in presenza di fattori di freno delle ambizioni deflative o quantomeno di confusione

piuttosto che di chiarezza, ostacolando così il graduale ripristino delle condizioni fisiologiche di esercizio della professione. Non a caso, ammoniva Giavoleno: *omnis definitio in iure periculosa est* (Cadoppi, 1996).

Anche senza una definizione della colpa grave, il messaggio sarebbe verosimilmente comunque chiaro, più di oggi: la punibilità del sanitario sarebbe prevista soltanto a fronte di errori grossolani o comunque molto rimproverabili.

Un compromesso meritevole di considerazione potrebbe essere quello di ricorrere a una definizione «orientativa» (Cupelli, 2021, par. 6), non chiusa della colpa grave, come già sperimentato a livello legislativo in occasione della tipizzazione dell'art. 3-*bis* d.l. 1° aprile 2021, n. 44. Il 2° c. di tale articolo è stato così formulato: «Ai fini della valutazione del grado della colpa, il giudice tiene conto, tra i fattori che ne possono escludere la gravità, della limitatezza delle conoscenze scientifiche al momento del fatto sulle patologie da SARS-CoV-2 e sulle terapie appropriate, nonché della scarsità delle risorse umane e materiali concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare, oltre che del minor grado di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale non specializzato impiegato per far fronte all'emergenza».

Si è opportunamente rilevato come tale elencazione di fattori consenta una significativa valorizzazione della c.d. misura soggettiva della colpa penale, cioè dell'esigibilità del comportamento cauto doveroso, su cui da tempo la dottrina penalistica richiama sempre più l'attenzione (in argomento, in tempi recenti, Caputo, 2021, p. 2 ss.; Massaro, 2023, pp. 162 e 175 s.;

più in generale, soprattutto Castronuovo, 2009, pp. 345 ss. e 541 ss.). In questa prospettiva, il fatto che l'elencazione sia non tassativa appare tutt'altro che distonico, essendo anzi in linea con l'opportunità di sviluppare un giudizio di rimproverabilità davvero in concreto, per il quale è quindi fisiologico prendere in considerazione tutto ciò che contraddistingue la vicenda, senza particolari preclusioni imposte per legge.

Più chiuso appare il catalogo di elementi rilevanti menzionati dal decreto milleproroghe del 2023 (come detto, replicato poi a fine 2024), che, all'art. 4, c. 8-*octies*, prevede: «Ai fini di cui al comma 8-septies, si tiene conto delle condizioni di lavoro dell'esercente la professione sanitaria, dell'entità delle risorse umane, materiali e finanziarie concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare, del contesto organizzativo in cui i fatti sono commessi nonché del minor grado di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale non specializzato».

A ben vedere, anche in questo caso viene comunque garantita una particolare attenzione a profili di c.d. misura soggettiva della colpa, peraltro evocati da fattori piuttosto generici e ampi; il che consente quindi di ritenere plausibilmente valutabile, di fatto, qualsiasi aspetto rilevante.

4. *Le proposte di riforma degli ultimi anni*

Nel dibattito degli ultimi anni sono affiorate alcune proposte di riforma della disciplina ordinaria della punibilità. Di queste, alcune hanno un'origine

accademica, mentre altre sono maturate in ambito parlamentare o governativo. Anche in ragione di ciò, è inevitabile percepire differenze di sensibilità, ma dal confronto risultano non pochi spunti di pregio o comunque meritevoli di esplicita considerazione in questa trattazione.

4.1. La proposta dell'Associazione Italiana dei Professori di Diritto Penale

Di indubbio rilievo, anche per la sua provenienza autorevole, è la proposta formulata da un gruppo di lavoro incaricato dall'Associazione Italiana dei Professori di Diritto Penale. Chi scrive ha peraltro avuto il privilegio di interloquire, in una sorta di audizione in due tappe, con tale gruppo di lavoro e ne è scaturito un cambiamento della prima versione della proposta (si vedano, Caputo, 2022, p. 57 ss.; Perin, 2022, p. 353 ss.; Mattheudakis, 2023, p. 289 ss.).

Dell'articolato proposto dagli accademici penalisti sembrano da valorizzare in particolare due aspetti.

Innanzitutto, nel passaggio dalla prima alla seconda versione, si è superato il timore di virare in maniera decisa direttamente sul grado della colpa, la cui rilevanza non viene più fatta dipendere dalla concomitante necessità di dare soluzione a problemi tecnici di speciale difficoltà.

L'impostazione della prima versione era chiaramente ispirata alla disciplina dell'art. 2236 c.c., della cui tradizione applicativa, condivisibilmente, almeno non si riproponeva il requisito (implicito) dell'impe-
rizia. Tuttavia, anche nell'ambito di prestazioni rou-

tinarie possono ben immaginarsi casi di colpa lieve, ad esempio per scarsa esigibilità del comportamento conforme, magari perché il sanitario è esausto alla fine di un turno di lavoro assai duraturo e denso di attività. Ecco che un errore apparentemente banale e financo grossolano può allora risultare ben più tollerabile del solito. Senza contare che il riferimento potrebbe favorire, a rimorchio, la ricomparsa dell'imperizia.

La versione sopravvenuta consentirebbe quindi meglio di evitare il rischio di precludere in radice l'apprezzamento di rilevanti questioni relative alla c.d. misura soggettiva della colpa penale.

Il secondo aspetto da valorizzare attiene alla scelta di dedicarsi (e, nel caso, come) o meno a una definizione relativa al grado della colpa. Nella seconda formulazione dell'articolo codicistico concepito per disciplinare le condizioni della punibilità del sanitario, al 3° comma viene proposta una clausola definitiva aperta della colpa grave che risulta affine a quella dell'art. 3-*bis* d.l. 1° aprile 2021, n. 44, nel senso che si concentra sui fattori di più plausibile e ricorrente rilevanza concreta: «Ai fini della valutazione del grado della colpa, il giudice tiene conto, tra i fattori che ne possono escludere la gravità, della speciale difficoltà dei problemi affrontati, delle condizioni di lavoro e delle risorse disponibili, del tipo di rischio da gestire e della concreta situazione operativa, del livello di esperienza e di conoscenze tecnico-scientifiche possedute, delle motivazioni della condotta, delle gravi carenze organizzative».

La soluzione a cui il gruppo di lavoro è in definitiva pervenuto appare convincente, in quanto è in

questa sede che si può più opportunamente ponderare l'eventualità che si tratti di dare soluzione a problemi di speciale difficoltà: ciò potrà quindi rilevare ai fini della valutazione sul grado della colpa, secondo la massima di esperienza, da non recepire automaticamente, per cui più la prestazione è difficile più è plausibile che un errore sia qualificabile in termini di colpa lieve; al contrario, se è relativamente semplice, sarà meno probabile che la colpa sia lieve. Detto altrimenti: maggiore è la complessità della prestazione, minore sarà l'esigibilità di standard di efficienza che in scenari ordinari possono considerarsi fisiologicamente attesi.

Guardando, ancora più in generale, all'insieme dei fattori che vengono privilegiati ai fini della valutazione della colpa grave, si può notare come davvero si promuova una valorizzazione di quei profili che pertengono alla menzionata c.d. misura soggettiva della colpa. In tale quadro, meritano senz'altro un cenno esplicito le carenze organizzative, che rendono indubbiamente più complessa e più difficilmente esigibile una prestazione impeccabile; carenze organizzative che non sono proprie soltanto dell'esperienza pandemica, ma che, come si è già accennato, si stanno cronicizzando sempre più nel territorio nazionale (tra i molti contributi, prima della stagione pandemica, Pisa, Longo, 2010, p. 7 ss.; in seguito, Madeo, 2020).

Si può infine osservare che la clausola definitoria non tassativa non preclude al giudice l'apprezzamento di ulteriori condizioni che occasionalmente evidenzino una scarsa rimproverabilità del sanitario.

4.2. *La proposta del Professor Cristiano Cupelli*

Come si è constatato, privilegiare il grado della colpa, concependo una disciplina direttamente incentrata su tale aspetto non significa escludere radicalmente rilevanza a qualsiasi altro fattore. Così, non è del tutto precluso il mantenimento di un ruolo importante ad esempio per la medicina basata sulle evidenze scientifiche, su cui il legislatore ha investito molto negli ultimi anni pensando di favorire una diffusione del sapere consolidato in un'ottica prima di tutto preventiva. Il lato positivo di una politica del genere risiede nel fatto che si tratta in fondo di incentivare una sorta di democratizzazione del sapere scientifico, mettendo a disposizione anche delle strutture "di provincia" le migliori acquisizioni dei luminari della materia. L'errore è stato più che altro rendere la medicina basata sulle evidenze scientifiche l'epicentro della responsabilità penale, profilando un assetto normativo ingessato.

Pro futuro, la disponibilità nel caso concreto di linee guida, buone pratiche e in generale di fonti comportamentali *evidence-based* potrebbe, più ragionevolmente, essere valutata ai fini del grado della colpa. Il cambio di prospettiva risiederebbe nel non prevedere più il rispetto di tali fonti comportamentali come condizione di accesso a un giudizio indulgente nei confronti del sanitario, cioè come requisito concorrente, cumulativo e indefettibile rispetto al grado della colpa. In una proposta avanzata di recente dal Professor Cristiano Cupelli (Cupelli, 2022, par. 4), il criterio principale resta unico, ossia quello del grado

della colpa, la cui valutazione può però dipendere anche (cioè tra l'altro) da profili attinenti al relazionarsi del sanitario con le fonti comportamentali dotate di evidenza scientifica, se effettivamente disponibili.

Precisamente, per ciò che ora più rileva mettere a fuoco, la proposta di Cupelli è in questi termini: «Ai fini della valutazione del grado della colpa, il giudice tiene conto: a) dell'esistenza di raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge, ovvero, in mancanza di queste, delle buone pratiche clinico-assistenziali».

Può passare inosservata la differenza di linguaggio, ma non si richiede necessariamente che siano rispettate le linee guida o le buone pratiche clinico-assistenziali. Quello che conta è come si sia rapportato a esse il sanitario e potrebbe assumere un ruolo importante persino la loro assenza, quale fattore di maggiore difficoltà della prestazione: in tali casi, infatti, il professionista non potrebbe beneficiare di un consolidato criterio di orientamento del proprio agire. Si tratta, in definitiva, di un'intuizione indubbiamente ben calibrata di questa proposta.

4.3. La proposta parlamentare dell'On. Matone (e altri)

Volgendo lo sguardo alle iniziative recenti del legislatore in senso stretto, nel luglio 2023 alla Camera è stata presentata una proposta di riforma con prima firmataria l'On. Simonetta Matone (atto n. 1327, su cui Piras, *La proposta di legge Matone sulla responsabilità sanitaria e le conseguenze della sua*

approvazione, 2024). Ravvisando una «intrinseca incoerenza» nella lettura della sentenza “Mariotti” delle Sezioni unite, che aveva individuato nell’art. 590-*sexies* c.p. una causa di esclusione della punibilità, questa proposta parlamentare riformula lo stesso articolo codicistico con l’ambizione di tipizzare una incriminazione *ad hoc* di – questa la rubrica – «Responsabilità colposa per morte o lesioni in ambito sanitario», così «conferendo al reato piena autonomia rispetto alle diverse fattispecie criminose di cui agli articoli 589 e 590 del codice penale attraverso l’introduzione di una propria cornice edittale». Al fine di superare eventuali criticità in termini di *bis in idem*, gli eventi della fattispecie vengono appositamente descritti pensando anche all’eventualità che le lesioni sfocino nella morte dopo un lasso di tempo significativo: «una lesione o il decesso del paziente anche come più grave conseguenza delle lesioni riportate».

In merito al 1° c. di questa versione dell’art. 590-*sexies* c.p., sia consentito limitarsi a osservare l’eccentricità della soluzione rispetto alle altre ipotesi principali di delitti colposi contro la persona, per cui il legislatore non manca di differenziare le cornici editali a seconda che l’evento occorso sia la morte oppure si tratti di lesioni personali (a loro volta internamente differenziate, in particolar modo nel contesto stradale). La criticità sul piano dei principi di uguaglianza-ragionevolezza e proporzione sanzionatoria non sembra superata dalla notevole divaricazione tra gli estremi della pena comminata: il massimo corrisponde a venti volte il minimo. In questo modo, si creano semplicemente

le premesse per grossolane disparità di trattamento nel territorio nazionale.

La proposta ora in commento interessa però soprattutto per le previsioni dei due commi successivi, quelli in cui si condensa il tentativo di offrire un contributo al contenimento dell'area della punibilità.

Il 2° c. risulta così formulato: «L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene alle linee guida e alle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve». Si tratta, come è evidente, di una sorprendente riproposizione, praticamente alla lettera, della disciplina penale (abrogata) del d.l. Balduzzi del 2012, della quale ripresenta quindi anche i limiti di plausibilità di un'opzione vincolata in maniera indefettibile all'E.B.M. La scelta è anche terminologicamente opposta a quella più volte caldeggiata in queste pagine e consistente nel dichiarare residualmente punibile il sanitario (soltanto) per colpa grave.

Condivisibile è la deliberata rinuncia a una menzione esplicita dell'imperizia, con la consapevolezza della «intrinseca difficoltà a separare concettualmente, in materia di responsabilità medica, l'imperizia dalla imprudenza e negligenza del professionista sanitario, problematica che era stata già evidenziata dalla giurisprudenza di legittimità precedente all'ultima riforma». Tuttavia, il rischio di un rilancio giurisprudenziale dell'imperizia appare accreditato dal tenore del 3° c.: «La determinazione del grado della colpa è definita dai parametri di cui all'articolo 2236 del codice civile».

A ben vedere, l'art. 2236 c.c. non contempla direttamente dei parametri utili alla determinazione del grado della colpa, ma si limita a prevedere, come condizione affinché il criterio di responsabilità del prestatore d'opera sia la colpa grave (o il dolo), che la prestazione implichi la necessità di dare soluzione a problemi tecnici di speciale difficoltà (in senso analogo, Piras, *La proposta di legge Matone sulla responsabilità sanitaria e le conseguenze della sua approvazione*, 2024, par. 4). Inoltre e soprattutto, è proprio la tradizione applicativa dell'art. 2236 c.c. che, come visto, ha indotto in seguito a riproporre l'abbinamento con l'imperizia ogni volta che si è tornati a parlare di colpa grave.

4.4. La proposta della commissione istituita dal Ministro Nordio (c.d. commissione d'Ippolito)

Decisamente più strutturato e corale appare il contributo della commissione evocata già nel paragrafo introduttivo di questo scritto, cioè quella voluta dal Ministro della Giustizia Nordio, che l'ha istituita con d.m. 28 marzo 2023: la c.d. commissione d'Ippolito, composta da autorevoli giuristi e rappresentanti del mondo scientifico di riferimento.

I lavori della commissione hanno riguardato diversi aspetti relativi al controllo del contenzioso in ambito sanitario e quindi non soltanto la disciplina sostanziale della punibilità, a cui gli orizzonti di questa trattazione impongono di concedere privilegio.

Il Presidente d'Ippolito, in una recente intervista (pubblicata in *quotidianosanità.it* il 23 ottobre 2024),

ha sottolineato quale sia stato il presupposto di partenza: «su 100 denunce penali contro i medici, meno del 5% giunge a sentenza di condanna. Nonostante ciò creano comunque grandi problemi ai medici: ne minano la reputazione, ne compromettono l'immagine e li espongono anche a sostenere notevoli esborsi di denaro».

I commissari hanno quindi ritenuto che, «considerata la complessità dell'atto medico, a questa potesse corrispondere un'area di maggiore scusabilità limitando quindi l'area della responsabilità alla sola colpa grave. Punire quindi il medico solo per colpa grave e non anche per colpa lieve come oggi avviene».

La valorizzazione sostanziale del principio sotteso all'art. 2236 c.c. era stata svelata anche dalla responsabile della segreteria scientifica, l'accademica Francesca Rocchi (in un'intervista pubblicata in *TrendSanità* il 4 settembre 2024), per cui «la Commissione ha proposto di introdurre una forma di imputazione per colpa medica grave, delineandola però secondo parametri molto più determinati e stringenti. I limiti del vecchio modello delle linee guida al quale attenersi per non incorrere in problemi giudiziari sono emersi chiaramente durante le audizioni». Questa la logica, dunque: «Maggiori sono le difficoltà implicate nell'esercizio della propria professione medica, minore dovrà essere il grado di responsabilità in capo al curante. Ad una maggior complessità della prestazione sanitaria, corrisponderà una maggior scusabilità dell'errore è il principio che sembra delinearsi».

La recentissima pubblicazione dei lavori della commissione (nel sito internet della rivista *Archivio*

penale: archiviopenale.it) sollecita a entrare maggiormente nel merito, dando conto selettivamente di alcuni dettagli e offrendone un commento che, a questo punto della trattazione, può procedere speditamente dritto al punto, essendo già state esplicitate le sensibilità di chi scrive su molti degli aspetti interessati.

Va innanzitutto considerato che la disciplina di diritto penale sostanziale è distribuita in due articoli consecutivi, peraltro entrambi formulati in maniera piuttosto articolata.

Il primo consiste in una nuova versione dell'art. 590-*sexies* c.p. (rubricato «Limiti della responsabilità in ambito sanitario») e si distingue, in particolare, per il tentativo di chiarire che l'osservanza delle varie regole cautelari pertinenti determina un «*difetto dell'elemento 'oggettivo' del reato*» (come chiosa la relazione di accompagnamento dell'articolato a p. 5); reato che può consistere anche nell'interruzione colposa di gravidanza. Il 1° c. prevede: «I fatti previsti dagli artt. 589, 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». Nel 2° c. si precisa: «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».

Il (del tutto nuovo) art. 590-*septies* c.p. (rubricato «Responsabilità per colpa grave») è concepito con la funzione di prospettare, a determinate condizioni,

una limitazione della punibilità alle sole ipotesi di colpa grave.

Il 1° c. dispone: «Se, nei fatti previsti dagli articoli 589, 590 e 593 *bis*, l'attività sanitaria non è conforme a indirizzi di diagnosi e cura adeguati alle specificità del caso concreto, l'esercente ne risponde nelle fattispecie di mancato ricorso a comuni cautele, di errata scelta dell'indirizzo di diagnosi e cura o di errata esecuzione dell'attività, di adozione di indirizzi di diagnosi e cura più rischiosi non giustificati da prospettive favorevoli per l'assistito, di violazione delle misure organizzative della sicurezza delle cure, con l'effetto di cagionare l'evento evitabile e prevedibile del reato». È quindi il 2° c. che precisa il ruolo del grado della colpa: «Nelle fattispecie predette, se l'attività sanitaria è di speciale difficoltà, l'esercente ne risponde solo per colpa grave». Segue una elencazione (opportunamente) non tassativa di fattori rilevanti: «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» (3° c.).

Nel caso in cui la proposta divenisse disciplina ordinaria vigente si otterrebbe verosimilmente un passo in avanti nella prospettiva (forse non proprio di semplificare, ma almeno) di calibrare la regola della punibilità del sanitario, risultando affrontati con sufficiente consapevolezza alcuni possibili punti di criticità connessi alle scelte compiute.

In primo luogo, va riconosciuto che un approccio – per così dire – contestuale alla particolare complessità della prestazione richiesta al sanitario nel caso concreto può attenuare sensibilmente le apprensioni espresse in merito in queste pagine. Se ci si limitasse invece a considerare l'intrinseca difficoltà dell'atto medico secondo l'*id quod plerumque accidit*, valutando cioè la prestazione meramente nel quadro della dicotomia routinario/non routinario, a prescindere da tutti i fattori condizionanti la condotta della persona in carne e ossa, si disperderebbe l'attenzione ai profili di esigibilità in concreto del contegno conforme alle aspettative cautelari. Pertanto, una volta orientatasi nel senso di agganciare necessariamente l'assegnazione di un ruolo decisivo al grado della colpa alla speciale complessità del servizio professionale, allora bene ha fatto la commissione a mettere in esplicita relazione quest'ultimo requisito con diversi profili di contesto, tra cui le carenze organizzative, che stanno segnando in maniera sempre più evidente l'epoca contemporanea.

Nella prospettiva di mostrare la più ampia apertura ai profili di c.d. misura soggettiva dell'illecito colposo, pare funzionale anche, di per sé, la scelta di una menzione non chiusa dei fattori rilevanti per definire il grado della colpa; il che rappresenta una chiara mutazione dell'intuizione metodologica dell'art. 3-*bis* d.l. 1° aprile 2021, n. 44. Una soluzione del genere non risulta peraltro particolarmente sorprendente, in considerazione del fatto che tra gli accademici della commissione compare il Professor Matteo Caputo, che ha svolto un ruolo centrale anche nei lavori del gruppo che ha maturato la proposta dell'Associazione

ne Italiana dei Professori di Diritto Penale, di cui si è dato conto nelle pagine precedenti e nell'ultima versione della quale è appunto previsto un elenco di aspetti evidenziati al giudice per la valutazione del grado della colpa, ancorché non in via esclusiva, ma «tra i fattori che ne possono escludere la gravità».

In secondo luogo, sembra fondamentale che la speciale difficoltà dell'attività sanitaria come condizione per poter escludere rilevanza penale a gradi marginali della colpa non implichi più rievocazioni dell'imperizia (in particolare se intesa quale vero e proprio *tertium genus* rispetto a negligenza e imprudenza), come se fosse un rimorchio indefettibile, il cui peso – lo si è già osservato in queste pagine – si è rivelato fin qui un fardello capace di fiaccare quasi tutta la potenza deflativa della motrice. Il timore non può ritenersi del tutto fuori luogo nemmeno considerando che l'indirizzo della commissione pare effettivamente quello di guardare alla colpa senza particolare privilegio per sue particolari tipologie. Si è visto infatti come l'imperizia si sia finora imposta nella prassi anche come requisito implicito di fattispecie, quale fattore di razionalità della disciplina, al fine di non lasciarla esposta a (in realtà eccessive) preoccupazioni sul piano del rispetto del principio di uguaglianza-ragionevolezza *ex art. 3 Cost.* Se non altro, a differenza di ciò che è avvenuto nel passaggio dal d.l. "Balduzzi" alla legge "Gelli-Bianco", in cui la direzione è stata opposta, il venir meno ora di una menzione esplicita dell'imperizia consentirebbe di volgere in senso favorevole l'argomento per cui *ubi lex voluit dixit, ubi noluit tacuit*.

I lavori della c.d. commissione d'Ippolito si sono concentrati anche sul ruolo di consulenti tecnici e periti, tra l'altro incentivandone la rotazione, per poi proporre l'introduzione di sanzioni pecuniarie per colpire le notizie di reato "temerarie". Quest'ultimo meccanismo è apparentemente efficace nell'ottica di disincentivare il contenzioso, trasmettendo un messaggio protettivo dei medici, che valorizza l'importanza pubblica del loro operato. Al contempo, però, lo stesso messaggio rischia di essere frainteso, appesantendo il clima dell'alleanza terapeutica: sarebbe controproducente, nel complesso, se si alimentasse il sospetto che si voglia riconoscere un privilegio di intoccabilità alla categoria presidiato da una "minaccia ritorsiva".

5. *Considerazioni conclusive di sistema*

Giungendo alla conclusione della riflessione che in queste pagine è possibile sviluppare, sembra opportuno ripartire dalle ragioni che, in definitiva, giustificerebbero un più deciso superamento dei tralati timori che la tesi qui sostenuta sia fragilmente esposta all'accusa, in realtà infondata, di accordare un privilegio di categoria ai sanitari.

Occorre innanzitutto chiarire che non si intende entrare in rotta di collisione con il presidente d'Ippolito quando osserva che si violerebbe l'art. 3 Cost. con una «depenalizzazione dell'atto medico», in particolare se con ciò si intende la previsione di una radicale irrilevanza penale della colpa, a prescindere dal suo

grado. Uno scrupolo analogo era stato del resto avvertito e dichiarato in maniera nemmeno troppo implicita dalle Sezioni unite nella sentenza “Mariotti”, che ha intravisto nella ipotetica tolleranza (anche) di forme di colpa grave un *vulnus* alla tutela della salute di cui all’art. 32 Cost.

Non è invece affatto in violazione dei due parametri costituzionali appena evocati la scelta caldeggiata in questa trattazione e consistente nel puntare direttamente ed esclusivamente (aldilà di quanto considerato riguardo a un eventuale sforzo definitorio) sul grado della colpa, ponendolo al centro di una nuova disciplina ordinaria della punibilità. In questa prospettiva, occorre non farsi tentare dalla fallacia per cui la recente valorizzazione “in solitaria” del grado della colpa soltanto in ambito emergenziale rappresenti una conferma del fatto che il regime ordinario necessiti ancora di particolari contrappesi. Da tale mal impostato ragionamento *a contrario* si pretenderebbe cioè di ricavare un argomento decisivo a supporto della convinzione che siano indispensabili agganci a criteri ulteriori, che consentano salvificamente di schivare l’obiezione di voler promuovere favoritismi arbitrari e intollerabili al confronto con le regole di punibilità degli altri professionisti esposti (ma tendenzialmente molto meno) al rischio di responsabilità per colpa. Questa fallacia suggerirebbe, di fatto, di assegnare a ciascuno dei decreti legge del 2021 e 2023 il ruolo di *tertium comparationis* di un miope giudizio di ragionevolezza proteso a implicare necessariamente che una disciplina generale debba essere diversa, in quanto impossibilitata, per definizione, a far leva su analoghi caratteri di ecceziona-

lità ed emergenza. È evidente come l'argomento provi troppo, non potendosi accettare che i margini di giustificazione di una politica deflativa basata unicamente sul grado della colpa rimangano all'infinito intrappolati in questa condizione di dipendenza dal ricorrere di situazioni contingenti (nel senso di ritenere persino più razionale basarsi sul grado della colpa in un contesto ordinario ancorché «solo se la situazione di rischio si caratterizza per una sostanziale complessità/difficoltà», Bartoli, 2024, pp. 5 e 7).

L'esperienza recente, in maniera molto meno sofisticata, può essere letta come un avvicinamento per tappe a un assetto normativo aggiornato e realmente calibrato (ad esempio, Risicato, 2020, p. 9; Veneziani, 2022, p. 17; Aleo, 2023, p. 5 ss.), oltre che plausibile sul piano comparatistico (oltre a quanto già considerato, ad esempio, Helfer, 2022, p. 213 ss.); assetto normativo che può ben essere diverso da quello di tutti gli altri contesti professionali, i quali, a uno sguardo non superficiale, sono difficilmente paragonabili. Ciò non deve alimentare alcun tormento di costituzionalità ed è anzi la più lineare declinazione del 2° c. dell'art. 3 Cost., che rende opportuni trattamenti differenziati per casi diversi.

Nella riflessione giuridica contemporanea non sono certo mancati richiami agli «irriducibili motivi di complessità dell'atto medico» (Vallini, 2019, p. 187).

Un aspetto forse non sufficientemente evidenziato è che proprio nell'ambito sanitario, che è storicamente il terreno di elezione di questioni sul grado della colpa nel nostro ordinamento, l'agente è titolare di una posizione di garanzia. Ciò implica che quello spazio di

libertà, che è rappresentato dalla possibile astensione dal comportamento in caso di dubbio sul da farsi a fronte della previsione dell'evento, qui sia più ridotto che in altri contesti, perché anch'esso presenta un possibile costo in termini di responsabilità penale.

Si potrebbe anche ammettere che «le difficoltà tecniche nella progettazione di un ponte, di una centrale nucleare o di un'astronave possano anche essere maggiori quantitativamente». Allo stesso tempo, però, è possibile convenire che esse «siano qualitativamente diverse da quelle che si incontrano nel settore medico». A ben vedere, infatti, «nel primo caso si avrà a che fare con complesse nozioni e leggi della fisica (difficili da possedere e da usare, ma) che (comunque) consentono ad un agente modello di avvicinare, a date condizioni, standard di certezza», mentre «non altrettanto accade nel secondo caso, dove il sostrato empirico è diverso», ossia «è la casualità della biologia a rivelarsi – come noto – incoercibile e a precludere, su un piano ontologico, prognosi esatte, al di là della perizia e delle conoscenze del sanitario» (Di Giovine, 2014, p. 6).

A quanto appena considerato è intimamente connessa la particolare frequenza degli eventi infausti, a cui corrisponde una sovraesposizione unica dei sanitari al rischio di coinvolgimento in iniziative giudiziarie. Tale sovraesposizione si può arginare attraverso più interventi, che ben possono (anzi, dovrebbero) coesistere e non escludersi quindi a vicenda.

Sul piano più strettamente del diritto penale sostanziale, a ben vedere, partite non meno importanti si giocano sul piano dell'accertamento del nesso di cau-

salità (in particolare della c.d. causalità omissiva), che è anzi assai di frequente la vera questione controversa della vicenda giudiziaria coinvolgente professionisti sanitari – ciò vale peraltro anche in ambito civile, nonostante le note differenze di statuto (ad esempio, Pucella, 2022, p. 205 ss.) – rispetto ai quali il legislatore ha peraltro trascurato la fisionomia spesso relazionale dell’addebito colposo (come notato, in particolare, da Massaro, 2017, p. 48 s.). In ogni caso, pur in assenza di dati statistici attendibili circa l’impatto delle sperimentazioni normative italiane di matrice emergenziale, è lecito attendersi che una regola di punibilità per soli gradi elevati di colpa che sia immediata e intuitiva possa finalmente rassicurare i sanitari e al contempo trasmettere il messaggio, *erga omnes*, di una maggiore asperità del percorso penale, fin qui troppo spesso sfruttato con disinvoltura come leva minacciosa per forzare e velocizzare logiche transattive e per accollare all’erario le spese di approfondimento, condotto dal pubblico ministero, dell’ipotesi che vi sia effettivamente stata una colpa.

Le storture appena evocate sono state possibili anche a causa di alcuni limiti di approccio del nostro sistema giudiziario, sensibilmente condizionato dall’obbligatorietà dell’azione penale, e in cui, almeno fino a qualche anno fa (prima che maturassero indirizzi di *self restraint* in alcune Procure della Repubblica), si è consolidata una prassi nel senso di iscrivere nominativamente nel registro delle notizie di reato interi reparti o comunque gruppi estesi di lavoro in ragione del semplice contatto professionale con il paziente a cui si riferisce la denuncia. Come evidenziato ad esempio

da Carnelutti, il processo – ma, soprattutto in un’epoca mediatica come quella attuale, già il procedimento, inteso come comprensivo anche delle indagini preliminari – è spesso di per sé una pena (Carnelutti, 1949, p. 48 ss.), facendo sì che il segno della pronuncia conclusiva, per quanto, come visto, sia assai raramente di condanna, abbia un’importanza relativa (ad esempio, Aleo, 2017, p. 601).

È quindi auspicabile, più che il delicato ricorso a una logica sanzionatoria ritagliata sul concetto di notizia di reato temeraria, un’applicazione rigorosa della nuova disciplina sulle iscrizioni delle notizie di reato frutto della riforma “Cartabia” (d. lgs. 10 ottobre 2022, n. 150), che ha modificato il testo dell’art. 335 c.p.p., prevedendo, tra l’altro, un comma 1-*bis*, che rappresenta un chiaro invito alla cautela: «Il pubblico ministero provvede all’iscrizione del nome della persona alla quale il reato è attribuito non appena risultino, contestualmente all’iscrizione della notizia di reato o successivamente, indizi a suo carico».

In definitiva, per tutte le ragioni fin qui richiamate, sarebbe semplicistico teorizzare che la mutuazione di formule di diritto penale sostanziale già collaudate all’estero e recentemente sperimentate entro i confini nazionali possa implicare una del tutto identica o comunque miracolosa efficacia contenitiva del contenzioso penale italiano a lungo termine, ma si tratterebbe comunque di un passo avanti e – si sa – i risultati più solidi sono spesso quelli che si conquistano un passo alla volta.

Riferimenti bibliografici

- ALEO S., *Considerazioni critiche sull'art. 6 della legge Gelli in materia di responsabilità sanitaria*, in *Ind. pen.*, 2017, p. 593 ss.
- ALEO S., *Riflessioni (e proposte) sulla responsabilità sanitaria*, in *Resp. med. Dir. prat. clin.*, 2023, p. 5 ss.
- BADALAMENTI V., *L'imperizia quale tallone d'Achille della disciplina penale della medical malpractice*, in *Pen. Dir. Proc.*, 7 dicembre 2021
- BARTOLI R., *Considerazioni sulla colpa grave in ambito sanitario a partire dall'esperienza del diritto penale pandemico*, in *Sist. pen.*, 18 marzo 2024
- BRUSCO C., *Informazioni statistiche sulla giurisprudenza penale di legittimità in tema di responsabilità medica*, in *Dir. pen. cont.*, 14 luglio 2016
- CADOPPI A. (studi coordinati da), *Omnis definitio in iure periculosa? Il problema delle definizioni legali nel diritto penale*, Padova, 1996
- CALETTI G.M., *Il percorso di depenalizzazione dell'errore medico. Tra riforme "incompiute", aperture giurisprudenziali e nuovi orizzonti per la colpa grave*, in *Dir. pen. cont. - Riv. trim.*, 2019, 4, p. 1 ss.
- CALETTI G.M., MATTHEUDAKIS M.L., *Una prima lettura della legge "Gelli-Bianco" nella prospettiva del diritto penale*, in *Dir. pen. cont. - Riv. trim.*, 2017, 2, p. 84 ss.
- CANESTRARI S., *Itinerari convergenti di contenimento della responsabilità penale del sanitario*, in *Studi in onore di Lucio Monaco*, a cura di A. Bondi, G. Fiandaca, G.P. Fletcher, G. Marra, A.M. Stile, C. Roxin, K. Volk, Urbino, 2020, p. 155 ss.
- CANESTRARI S., CALETTI G.M., *Da eroi a imputati? Riflessioni su come limitare il "rischio penale" dei sanitari al tempo del Covid-19*, in *Bollettino Notiziario dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna*, 2020, 5, p. 6 ss.
- CAPPELLINI, A. voce *Imprudencia grave*, in *Enc. dir.*, I Te-

- matici, vol. II - *Reato colposo*, diretto da M. Donini, Milano, 2021, p. 656 ss.
- CAPUTO M., *Colpa penale del medico e sicurezza delle cure*, Torino, 2017
- CAPUTO M., *Logiche e modi dell'esenzione da responsabilità penale per chi decide e opera in contesti di emergenza sanitaria*, in *Leg. pen.*, 22 giugno 2020
- CAPUTO M., *Misura e grado della colpa*, in *disCrimen*, 16 dicembre 2021
- CAPUTO M., *La disciplina della responsabilità penale degli esercenti le professioni sanitarie. La proposta di riforma dell'Associazione Italiana dei Professori di Diritto Penale*, in *Riv. it. med. leg.*, 2022, p. 57 ss.
- CARNELUTTI F., *Lezioni sul processo penale*, vol. I, 2^a ed., Roma, 1949
- CARRARO L., *Il medico dinanzi al diritto penale. Alla ricerca di limiti razionali all'imputazione colposa*, Torino, 2022
- CASTRONUOVO D., *La colpa penale*, Milano, 2009
- CUPELLI C., *Gestione dell'emergenza pandemica e rischio penale: una ragionevole soluzione di compromesso (d.l. 44/2021)*, in *Sist. pen.*, 1° giugno 2021
- CUPELLI C., *Una proposta di riforma della responsabilità penale degli operatori sanitari (art. 590-sexies c.p.)*, in *Sist. pen.*, 20 giugno 2022
- DAUNIS RODRÍGUEZ A., *La imprudencia menos grave*, in *In-Dret*, 2018, 3
- DE LIA A., *Medicina e diritto penale negli U.S.A.*, in *federalismi.it*, 2024, 12, p. 153 ss.
- DI GIOVINE O., *In difesa del c.d. decreto Balduzzi (ovvero: perché non è possibile ragionare di medicina come se fosse diritto e di diritto come se fosse matematica)*, in *Arch. pen. (web)*, 2014, 1
- DI GIOVINE O., *Mondi veri e mondi immaginari di sanità. Modelli epistemologici di medicina e sistemi penali*, in *Cass. pen.*, 2017, p. 2151 ss.
- DI LANDRO A., *Medical Malpractice as a Tort in the U.S.*, as

- a Crime in Italy: Factors, Causes, Paths and Outcomes*, in *The Age of Human Rights Journal*, 6.2019, p. 13 ss.
- FERNER R.E., McDOWELL S.E., *Doctors charged with manslaughter in the course of medical practice, 1795-2005: a literature review*, in *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2006, p. 309 ss.
- FURIA F., *Lo “scudo penale” alla prova della responsabilità da inoculazione del vaccino anti SARS-CoV-2*, in *Arch. pen.* (web), 2021, 1
- HELPER M., *La colpa medica penale. Dal diritto civile al diritto penale*, in *Resp. med. Dir. prat. clin.*, 2022, p. 213 ss.
- MADEO A., *Modelli di imputazione della responsabilità alle strutture sanitarie per l'evento avverso del paziente in Italia e in Inghilterra*, Milano, 2020
- MASSARO A., *L'art. 590-sexies c.p., la colpa per imperizia del medico e la camicia di Nesso dell'art. 2236 c.c.*, in *Arch. pen.* (web), 2017, 3
- MASSARO A., *La colpa penale del medico: tra statuti speciali e principi generali*, in *Il comitato di ricerca si confronta. Atti del I ciclo di Seminari (2021-2022)*, a cura di F. Aperio Bella, N. Posteraro, M.A. Sandulli, Napoli, 2023, p. 159 ss.
- MATTHEUDAKIS M.L., *Prospettive e limiti del principio di affidamento nella “stagione delle riforme” della responsabilità penale colposa del sanitario*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2018, p. 1220 ss.
- MATTHEUDAKIS M.L., *La punibilità del sanitario per colpa grave. Argomentazioni intorno a una tesi*, Roma, 2021
- MATTHEUDAKIS M.L., *Osservazioni sull'impronta deflattiva delle proposte di riforma dell'Aipdp in materia di circolazione stradale e attività sanitaria*, in *La riforma dei delitti contro la persona. Proposte dei gruppi di lavoro dell'AIPDP. Atti dei seminari di discussione in collaborazione con il DiPLaP*, a cura di Associazione Italiana dei Professori di Diritto Penale e Laboratorio Permanente di Diritto e Procedura Penale, Milano, 2023, p. 285 ss.
- PENCO E., *“Norma-scudo” o “norma-placebo”? Brevi osser-*

- vazioni in tema di (ir)responsabilità penale da somministrazione del vaccino anti SARS-CoV-2, in *Sist. pen.*, 13 aprile 2021
- PERIN A., *La ridefinizione della colpa penale in ambito sanitario nelle proposte di riforma della AIPDP*, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, 2022, 2, p. 353 ss.
- PIRAS P., *Il discreto invito della giurisprudenza a fare noi la riforma della colpa medica*, in *Dir. pen. cont.*, 4 luglio 2017
- PIRAS P.S., *La non punibilità per gli eventi dannosi da vaccino anti Covid-19*, in *Sist. pen.*, 23 aprile 2021
- PIRAS P., *La proposta di legge Matone sulla responsabilità sanitaria e le conseguenze della sua approvazione*, in *Sist. pen.*, 18 gennaio 2024
- PIRAS P., *Dallo scudo penale Covid-19 allo scudo penale milleproroghe*, in *Sist. pen.*, 23 febbraio 2024
- PISA P., LONGO G., *La responsabilità penale per carenze strutturali e organizzative*, in *Responsabilità penale e rischio nelle attività mediche e d'impresa (un dialogo con la giurisprudenza)*, a cura di R. Bartoli, Firenze, 2010, p. 7 ss.
- POLI P.F., *La rilevanza del grado della colpa in funzione incriminatrice nel sistema penale spagnolo: un modello da imitare?*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2018, p. 903 ss.
- POLI P.F., *La colpa grave. I gradi della colpa tra esigenze di extrema ratio ed effettività della tutela penale*, Milano, 2021
- PUCELLA R., *Il nesso di causalità: un ostacolo antico per problemi (anche) nuovi*, in *Resp. med. Dir. prat. clin.*, 2022, p. 205 ss.
- RISICATO L., *La metamorfosi della colpa medica nell'era della pandemia*, in *disCrimen*, 25 maggio 2020
- VALBONESI C., *La colpa grave come limite di tipicità: un dialogo fra l'ordinamento italiano e spagnolo alla ricerca di un nuovo punto di equilibrio del rimprovero colposo*, in *Ind. pen.*, 2021, p. 201 ss.

- VALLINI A., *Linee guida e colpa medica nel quadro teorico del “concorso di regole cautelari”. Un’interpretazione teleologica, e conforme alla lettera, dell’art. 590 sexies cp*, in *Leg. pen.*, 7 dicembre 2017
- VALLINI A., *Codifier l’incodifiable: la legge “generale e astratta” e l’irriducibile singolarità dell’atto medico. Dai dilemmi di Critobulo al Sistema nazionale linee guida*, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, 2019, 1, p. 183 ss.
- VENEZIANI P., *La colpa penale nel contesto dell’emergenza Covid-19*, in *Sist. pen.*, 28 aprile 2022.