

CJN

# Diritto Penale Contemporaneo

RIVISTA TRIMESTRALE

---

REVISTA TRIMESTRAL DE DERECHO PENAL  
A QUARTERLY REVIEW FOR CRIMINAL JUSTICE

*La responsabilità penale in ambito sanitario*

ISSN 2240-7618

4/2019

#### EDITOR-IN-CHIEF

Gian Luigi Gatta

#### EDITORIAL BOARD

*Italy:* Antonio Gullo, Guglielmo Leo, Luca Luparia, Francesco Mucciarelli, Francesco Viganò  
*Spain:* Jaime Alonso-Cuevillas, Sergi Cardenal Montraveta, David Carpio Briz, Joan Queralt

Jiménez

*Chile:* Jaime Couso Salas, Mauricio Duce Julio, Héctor Hernández Basualto, Fernando Londoño Martínez

#### MANAGING EDITOR

Carlo Bray

#### EDITORIAL STAFF

Alberto Aimi, Enrico Andolfatto, Enrico Basile, Javier Escobar Veas, Stefano Finocchiaro, Elisabetta Pietrocarlo, Tommaso Trinchera, Stefano Zirulia

#### EDITORIAL ADVISORY BOARD

Rafael Alcacer Guirao, Alberto Alessandri, Giuseppe Amarelli, Ennio Amodio, Coral Arangüena Fanego, Lorena Bachmaier Winter, Roberto Bartoli, Fabio Basile, Hervé Belluta, Alessandro Bernardi, Carolina Bolea Bardón, David Brunelli, Silvia Buzzelli, Alberto Cadoppi, Pedro Caeiro, Michele Caianiello, Lucio Camaldo, Stefano Canestrari, Francesco Caprioli, Claudia Cárdenas Aravena, Raúl Carnevali, Marta Cartabia, Elena Maria Catalano, Mauro Catenacci, Massimo Ceresa Gastaldo, Mario Chiavario, Mirentxu Corcoy Bidasolo, Cristiano Cupelli, Norberto Javier De La Mata Barranco, Angela Della Bella, Cristina de Maglie, Gian Paolo Demuro, Miguel Díaz y García Conlledo, Ombretta Di Giovine, Emilio Dolcini, Jacobo Dopico Gomez Áller, Patricia Faraldo Cabana, Silvia Fernández Bautista, Javier Gustavo Fernández Terruelo, Marcelo Ferrante, Giovanni Fiandaca, Gabriele Fornasari, Novella Galantini, Percy García Caveró, Loredana Garlati, Mitja Gialuz, Glauco Giostra, Víctor Gómez Martín, José Luis Guzmán Dalbora, Ciro Grandi, Giovanni Grasso, Giulio Illuminati, Roberto E. Kostoris, Máximo Langer, Juan Antonio Lascurain Sánchez, Maria Carmen López Peregrín, Sergio Lorusso, Ezequiel Malarino, Francisco Maldonado Fuentes, Stefano Manacorda, Juan Pablo Mañalich Raffo, Vittorio Manes, Grazia Mannozi, Teresa Manso Porto, Luca Marafioti, Joseph Margulies, Enrico Marzaduri, Luca Maserà, Jean Pierre Matus Acuña, Anna Maria Maugeri, Oliviero Mazza, Iván Meini, Alessandro Melchionda, Chantal Meloni, Melissa Miedico, Vincenzo Militello, Santiago Mir Puig, Fernando Miró Linares, Vincenzo Mongillo, Renzo Orlandi, Francesco Palazzo, Carlenrico Paliero, Michele Papa, Raphaële Parizot, Claudia Pecorella, Marco Pelissero, Lorenzo Picotti, Paolo Pisa, Oreste Pollicino, Domenico Pulitanò, Tommaso Rafaraci, Paolo Renon, Mario Romano, María Ángeles Rueda Martín, Carlo Ruga Riva, Stefano Ruggeri, Francesca Ruggieri, Marco Scoletta, Sergio Seminara, Paola Severino, Nicola Selvaggi, Rosaria Sicurella, Jesús María Silva Sánchez, Carlo Sotis, Giulio Ubertis, Inma Valeije Álvarez, Antonio Vallini, Paolo Veneziani, Costantino Visconti, Javier Willenmann von Bernath, Francesco Zacchè

Editore Associazione "Progetto giustizia penale", via Altaguardia 1, Milano - c.f. 97792250157  
ANNO 2019 - CODICE ISSN 2240-7618 - Registrazione presso il Tribunale di Milano, al n. 554 del 18 novembre 2011.  
Impaginazione a cura di Chiara Pavese

**Diritto penale contemporaneo – Rivista trimestrale** è un periodico on line ad accesso libero e non ha fine di profitto. Tutte le collaborazioni organizzative ed editoriali sono a titolo gratuito e agli autori non sono imposti costi di elaborazione e pubblicazione. La rivista, registrata presso il Tribunale di Milano, al n. 554 del 18 novembre 2011, è edita attualmente dall'associazione "Progetto giustizia penale", con sede a Milano, ed è pubblicata con la collaborazione scientifica e il supporto dell'Università Commerciale Luigi Bocconi di Milano, dell'Università degli Studi di Milano, dell'Università di Roma Tre, dell'Università LUISS Guido Carli, dell'Universitat de Barcelona e dell'Università Diego Portales di Santiago del Cile.

La rivista pubblica contributi inediti relativi a temi di interesse per le scienze penalistiche a livello internazionale, in lingua italiana, spagnolo, inglese, francese, tedesca e portoghese. Ogni contributo è corredato da un breve abstract in italiano, spagnolo e inglese.

La rivista è classificata dall'ANVUR come rivista scientifica per l'area 12 (scienze giuridiche), di classe A per i settori scientifici G1 (diritto penale) e G2 (diritto processuale penale). È indicizzata in DoGI e DOAJ.

Il lettore può leggere, condividere, riprodurre, distribuire, stampare, comunicare al pubblico, esporre in pubblico, cercare e segnalare tramite collegamento ipertestuale ogni lavoro pubblicato su "Diritto penale contemporaneo – Rivista trimestrale", con qualsiasi mezzo e formato, per qualsiasi scopo lecito e non commerciale, nei limiti consentiti dalla licenza Creative Commons - Attribuzione - Non commerciale 3.0 Italia (CC BY-NC 3.0 IT), in particolare conservando l'indicazione della fonte, del logo e del formato grafico originale, nonché dell'autore del contributo.

La rivista può essere citata in forma abbreviata con l'acronimo: *DPC-RT*, corredato dall'indicazione dell'anno di edizione e del fascicolo.

La rivista fa proprio il [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#) elaborato dal COPE (Committee on Publication Ethics).

La rivista si conforma alle norme del Regolamento UE 2016/679 in materia di tutela dei dati personali e di uso dei cookies ([clicca qui](#) per dettagli).

Ogni contributo proposto per la pubblicazione è preliminarmente esaminato dalla direzione, che verifica l'attinenza con i temi trattati dalla rivista e il rispetto dei requisiti minimi della pubblicazione.

In caso di esito positivo di questa prima valutazione, la direzione invia il contributo in forma anonima a due revisori, individuati secondo criteri di rotazione tra i membri dell'Editorial Advisory Board in relazione alla rispettiva competenza per materia e alle conoscenze linguistiche. I revisori ricevono una scheda di valutazione, da consegnare compilata alla direzione entro il termine da essa indicato. Nel caso di tardiva o mancata consegna della scheda, la direzione si riserva la facoltà di scegliere un nuovo revisore.

La direzione comunica all'autore l'esito della valutazione, garantendo l'anonimato dei revisori. Se entrambe le valutazioni sono positive, il contributo è pubblicato. Se una o entrambe le valutazioni raccomandano modifiche, il contributo è pubblicato previa revisione dell'autore, in base ai commenti ricevuti, e verifica del loro accoglimento da parte della direzione. Il contributo non è pubblicato se uno o entrambi i revisori esprimono parere negativo alla pubblicazione.

La direzione si riserva la facoltà di pubblicare, in casi eccezionali, contributi non previamente sottoposti alla procedura di peer review. Di ciò è data notizia nella prima pagina del contributo, con indicazione delle ragioni relative.

Se desideri proporre una pubblicazione alla nostra rivista, invia una mail a [editor.criminaljusticenetwork@gmail.com](mailto:editor.criminaljusticenetwork@gmail.com). I contributi che saranno ritenuti dalla direzione di potenziale interesse per la rivista saranno sottoposti alla procedura di peer review sopra descritta. I contributi proposti alla rivista per la pubblicazione dovranno rispettare i criteri redazionali [scaricabili qui](#).

**Diritto penale contemporaneo – Rivista trimestrale** es una publicación periódica *on line*, de libre acceso y sin ánimo de lucro. Todas las colaboraciones de carácter organizativo y editorial se realizan gratuitamente y no se imponen a los autores costes de maquetación y publicación. La Revista, registrada en el Tribunal de Milan, en el n. 554 del 18 de noviembre de 2011, se edita actualmente por la asociación “Progetto giustizia penale”, con sede en Milán, y se publica con la colaboración científica y el soporte de la *Università Commerciale Luigi Bocconi* di Milano, la *Università degli Studi di Milano*, la *Università di Roma Tre*, la *Università LUISS Guido Carli*, la *Universitat de Barcelona* y la *Universidad Diego Portales de Santiago de Chile*.

La Revista publica contribuciones inéditas, sobre temas de interés para la ciencia penal a nivel internacional, escritas en lengua italiana, española, inglesa, francesa, alemana o portuguesa. Todas las contribuciones van acompañadas de un breve abstract en italiano, español e inglés.

El lector puede leer, compartir, reproducir, distribuir, imprimir, comunicar a terceros, exponer en público, buscar y señalar mediante enlaces de hipervínculo todos los trabajos publicados en “Diritto penale contemporaneo – Rivista trimestrale”, con cualquier medio y formato, para cualquier fin lícito y no comercial, dentro de los límites que permite la licencia *Creative Commons - Attribuzione - Non commerciale 3.0 Italia* (CC BY-NC 3.0 IT) y, en particular, debiendo mantenerse la indicación de la fuente, el logo, el formato gráfico original, así como el autor de la contribución.

La Revista se puede citar de forma abreviada con el acrónimo *DPC-RT*, indicando el año de edición y el fascículo.

La Revista asume el [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#) elaborado por el COPE (*Comitte on Publication Ethics*).

La Revista cumple lo dispuesto en el Reglamento UE 2016/679 en materia de protección de datos personales ([clica aquí](#) para los detalles sobre protección de la privacy y uso de cookies).

Todas las contribuciones cuya publicación se propone serán examinadas previamente por la Dirección, que verificará la correspondencia con los temas tratados en la Revista y el respeto de los requisitos mínimos para su publicación.

En el caso de que se supere con éxito aquella primera valoración, la Dirección enviará la contribución de forma anónima a dos evaluadores, escogidos entre los miembros del *Editorial Advisory Board*, siguiendo criterios de rotación, de competencia por razón de la materia y atendiendo también al idioma del texto. Los evaluadores recibirán un formulario, que deberán devolver a la Dirección en el plazo indicado. En el caso de que la devolución del formulario se retrasara o no llegara a producirse, la Dirección se reserva la facultad de escoger un nuevo evaluador.

La Dirección comunicará el resultado de la evaluación al autor, garantizando el anonimato de los evaluadores. Si ambas evaluaciones son positivas, la contribución se publicará. Si alguna de las evaluaciones recomienda modificaciones, la contribución se publicará después de que su autor la haya revisado sobre la base de los comentarios recibidos y de que la Dirección haya verificado que tales comentarios han sido atendidos. La contribución no se publicará cuando uno o ambos evaluadores se pronuncien negativamente sobre su publicación.

La Dirección se reserva la facultad de publicar, en casos excepcionales, contribuciones que no hayan sido previamente sometidas a *peer review*. Se informará de ello en la primera página de la contribución, indicando las razones.

Si deseas proponer una publicación en nuestra revista, envía un mail a la dirección [editor.criminaljusticenetwork@gmail.com](mailto:editor.criminaljusticenetwork@gmail.com). Las contribuciones que la Dirección considere de potencial interés para la Revista se someterán al proceso de *peer review* descrito arriba. Las contribuciones que se propongan a la Revista para su publicación deberán respetar los criterios de redacción (se pueden [descargar aquí](#)).



**Diritto penale contemporaneo – Rivista trimestrale** is an on-line, open-access, non-profit legal journal. All of the organisational and publishing partnerships are provided free of charge with no author processing fees. The journal, registered with the Court of Milan (n° 554 - 18/11/2011), is currently produced by the association “Progetto giustizia penale”, based in Milan and is published with the support of Bocconi University of Milan, the University of Milan, Roma Tre University, the University LUISS Guido Carli, the University of Barcelona and Diego Portales University of Santiago, Chile.

The journal welcomes unpublished papers on topics of interest to the international community of criminal scholars and practitioners in the following languages; Italian, Spanish, English, French, German and Portuguese. Each paper is accompanied by a short abstract in Italian, Spanish and English.

Visitors to the site may share, reproduce, distribute, print, communicate to the public, search and cite using a hyperlink every article published in the journal, in any medium and format, for any legal non-commercial purposes, under the terms of the Creative Commons License - Attribution – Non-commercial 3.0 Italy (CC BY-NC 3.0 IT). The source, logo, original graphic format and authorship must be preserved.

For citation purposes the journal’s abbreviated reference format may be used: *DPC-RT*, indicating year of publication and issue.

The journal strictly adheres to the [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#) drawn up by COPE (Committee on Publication Ethics).

The journal complies with the General Data Protection Regulation (EU) 2016/679 (GDPR) ([click here](#) for details on protection of privacy and use of cookies).

All articles submitted for publication are first assessed by the Editorial Board to verify pertinence to topics addressed by the journal and to ensure that the publication’s minimum standards and format requirements are met.

Should the paper in question be deemed suitable, the Editorial Board, maintaining the anonymity of the author, will send the submission to two reviewers selected in rotation from the Editorial Advisory Board, based on their areas of expertise and linguistic competence. The reviewers are provided with a feedback form to compile and submit back to the editorial board within an established timeframe. If the timeline is not heeded to or if no feedback is submitted, the editorial board reserves the right to choose a new reviewer.

The Editorial Board, whilst guaranteeing the anonymity of the reviewers, will inform the author of the decision on publication. If both evaluations are positive, the paper is published. If one or both of the evaluations recommends changes the paper will be published subsequent to revision by the author based on the comments received and verification by the editorial board. The paper will not be published should one or both of the reviewers provide negative feedback.

In exceptional cases the Editorial Board reserves the right to publish papers that have not undergone the peer review process. This will be noted on the first page of the paper and an explanation provided.

If you wish to submit a paper to our publication please email us at [editor.criminaljusticenetwork@gmail.com](mailto:editor.criminaljusticenetwork@gmail.com). All papers considered of interest by the editorial board will be subject to peer review process detailed above. All papers submitted for publication must abide by the editorial guidelines ([download here](#)).

<p>LA RESPONSABILITÀ PENALE IN AMBITO SANITARIO</p> <p><i>RESPONSABILIDAD PENAL EN EL SECTOR DE LA SALUD</i></p> <p><i>CRIMINAL LIABILITY IN THE HEALTH SECTOR</i></p>	<p><b>Il percorso di depenalizzazione dell'errore medico</b> 1</p> <p><i>El camino de la despenalización del error médico</i></p> <p><i>The Path of Decriminalisation of Medical Error</i></p> <p>Gian Marco Caletti</p>	<p>1</p>
	<p><b>Un'analisi critica delle SS.UU. "Mariotti" in tema di responsabilità medica</b> 48</p> <p><i>Análisis crítico de la sentencia de la Corte Suprema de Casación en el caso "Mariotti" sobre mala praxis medica</i></p> <p><i>A Critical Analysis of the "Mariotti" Case on Medical Malpractice by the Supreme Court of Cassation</i></p> <p>Emanuele Birritteri</p>	<p>48</p>
	<p><b>La punibilità della colpa penale relazionale del sanitario dopo la riforma "Gelli-Bianco"</b> 65</p> <p><i>La punibilidad de la culpa penal en el ámbito sanitario luego de la reforma "Gelli-Bianco"</i></p> <p><i>Relational Criminal Negligence of Medical Malpractice after the "Gelli-Bianco" Reform</i></p> <p>Matteo Leonida Mattheudakis</p>	<p>65</p>
	<p><b>Responsabilità medica: linee guida, formule assolutorie e prerogative del danneggiato da errore medico</b> 81</p> <p><i>Responsabilidad médica: practicas clínicas, fórmulas liberadoras y efectos extra penales</i></p> <p><i>Medical Malpractice: Guidelines, Acquittal Reasons and Prerogatives of the Party Damaged</i></p> <p>Francesco Trapella</p>	<p>81</p>
	<p><b>Libertà terapeutica e diritto all'autodeterminazione del malato terminale</b> 93</p> <p><i>Libertad terapéutica y derecho a la autodeterminación del enfermo terminal</i></p> <p><i>Therapeutic Freedom and Right to Self-determination of the Terminally Ill</i></p> <p>Marina Di Lello Finuoli</p>	<p>93</p>

L'OGGETTO SU...	<b>Espansione del diritto penale e diritti umani</b>	110
OBJETIVO SOBRE...	<i>Expansión del Derecho Penal y Derechos Humanos</i>	
FOCUS ON...	<i>Criminal Law Expansion and Human Rights</i>	
	Eugenio Raúl Zaffaroni	
	<b>Contro il panpopulismo. Una proposta di definizione del populismo penale</b>	128
	<i>Contra el pan-populismo. Una propuesta para la definición del populismo punitivo</i>	
	<i>Against Pan-populism. Defining Penal Populism</i>	
	Roberto Cornelli	
	<b>Corte edu e Corte costituzionale tra operazioni di bilanciamento e precedente vincolante</b>	143
	<i>Corte Europea de Derechos Humanos y Corte Constitucional entre operaciones de ponderación y precedente vinculante</i>	
	<i>European Court of Human Rights and Constitutional Court Between Balancing and Binding Precedent</i>	
	Alessandro Tesaro	
	<b>Il contrasto in Europa al traffico illecito di rifiuti pericolosi su base transnazionale</b>	176
	<i>Lucha europea contra el tráfico ilícito de residuos peligrosos</i>	
	<i>The Contrast of Illegal Trafficking in Hazardous Waste on a Transnational Basis in Europe</i>	
	Maurizio Bellacosa	
	<b>La confiscación sin condena y sus efectos sobre la persona jurídica en el juicio penal italiano</b>	199
	<i>La confisca senza condanna e i suoi riflessi in capo alla persona giuridica nel processo penale italiano</i>	
	<i>Non-conviction Based Confiscation and Its Effects on the Corporation Within Italian Criminal Proceedings</i>	
	Federica Centorame	
	<b>I delitti di sedizione e ribellione nella sentenza 459/2019 del Tribunal Supremo nel cd. <i>procés de independència catalán</i></b>	211
	<i>Los delitos de sedición y rebelión en la sentencia 459/2019 del Tribunal Supremo en el así denominado <i>procés de independència catalán</i></i>	
	<i>The Crimes of Seditious and Rebellion in the Judgment 459/2019 by the Spanish Tribunal Supremo in the So-Called Catalan Independence Process</i>	
	Leonardo Romanò	

# LA RESPONSABILITÀ PENALE IN AMBITO SANITARIO\*

## RESPONSABILIDAD PENAL EN EL SECTOR DE LA SALUD

### CRIMINAL LIABILITY IN THE HEALTH SECTOR

- 1 **Il percorso di depenalizzazione dell'errore medico**  
*El camino de la despenalización del error médico*  
*The Path of Decriminalisation of Medical Error*  
Gian Marco Caletti
- 48 **Un'analisi critica delle SS.UU. "Mariotti" in tema di responsabilità medica**  
*Análisis crítico de la sentencia de la Corte Suprema de Casación en el caso "Mariotti" sobre mala praxis médica*  
*A Critical Analysis of the "Mariotti" Case on Medical Malpractice by the Supreme Court of Cassation*  
Emanuele Birritteri
- 65 **La punibilità della colpa penale relazionale del sanitario dopo la riforma "Gelli-Bianco"**  
*La punibilidad de la culpa penal en el ámbito sanitario luego de la reforma "Gelli-Bianco"*  
*Relational Criminal Negligence of Medical Malpractice after the "Gelli-Bianco" Reform*  
Matteo Leonida Mattheudakis
- 81 **Responsabilità medica: linee guida, formule assolutorie e prerogative del danneggiato da errore medico**  
*Responsabilidad médica: practicas clínicas, fórmulas liberadoras y efectos extra penales*  
*Medical Malpractice: Guidelines, Acquittal Reasons and Prerogatives of the Party Damaged*  
Francesco Trapella
- 93 **Libertà terapeutica e diritto all'autodeterminazione del malato terminale**  
*Libertad terapéutica y derecho a la autodeterminación del enfermo terminal*  
*Therapeutic Freedom and Right to Self-determination of the Terminally Ill*  
Marina Di Lello Finuoli

\*I contributi pubblicati in questa sezione costituiscono la versione scritta e rielaborata di relazioni svolte dagli Autori al convegno «La responsabilità penale in ambito sanitario», organizzato a Milano, presso l'Università degli Studi di Milano, dall'AIDP (Associazione Internazionale di Diritto Penale), Sezione Giovani, nel gennaio 2019

# La punibilità della colpa penale relazionale del sanitario dopo la riforma “Gelli-Bianco”

## *La punibilidad de la culpa penal en el ámbito sanitario luego de la reforma “Gelli-Bianco”*

### *Relational Criminal Negligence of Medical Malpractice after the “Gelli-Bianco” Reform*

MATTEO LEONIDA MATTHEUDAKIS

*Professore a contratto in Diritto penale presso l'Università di Bologna  
matteo.mattheudakis@unibo.it*

RESPONSABILITÀ MEDICA

RESPONSABILIDAD MÉDICA

MEDICAL MALPRACTICE

#### ABSTRACTS

Il contributo si dedica all'analisi del concetto di colpa relazionale in ambito sanitario, per poi passare a definire le condizioni della sua attuale punibilità. Tali condizioni sono evidentemente influenzate dal principio di affidamento e da una disciplina complessa come quella dell'art. 590-*sexies*, 2° c., c.p., che sembra poter essere applicata in due principali ambiti casistici di colpa relazionale, distinti in base al fatto che la fonte comportamentale *evidence-based* preveda o meno un obbligo di controllo. Si indicano poi alcune soluzioni per eludere l'ostacolo dell'ancora troppo limitato accreditamento formale delle linee guida. Si potrebbe sfruttare il potenziale delle buone pratiche clinico-assistenziali, suscettibili di essere intese in termini estensivi, fino a ricomprendere, quale concetto di genere, persino le stesse linee guida. Anche l'art. 2236 c.c. appare in grado di consentire, a margine dell'art. 590-*sexies*, 2° c., c.p., razionali contenimenti dell'area della punibilità.

El presente trabajo analiza el concepto de culpa en el ámbito sanitario y las condiciones para su punibilidad. Tales condiciones son evidentemente influenciadas por el principio de confianza y por una regulación compleja, como lo es aquella del artículo 590-*sexies*, inciso segundo del Código Penal Italiano, la cual pareciera poder ser aplicada en dos principales ámbitos de casos culposos, eso dependerá de si la fuente de comportamiento preveía o no una obligación de control. Posteriormente, se indican algunas alternativas para eludir el obstáculo de la todavía limitada acreditación formal de las líneas guía. Se podría aprovechar el potencial de las buenas prácticas clínico-asistenciales, susceptibles de ser entendidas en términos extensivos, a fin de comprender incluso las mismas líneas guía. Asimismo, el artículo 2236 del Código Civil Italiano pareciera capaz de consentir, al margen del artículo 590-*sexies* del Código Penal Italiano, contenciones racionales del área de la punibilidad.

The paper focuses on relational negligence of medical malpractice, then defining the current requirements of its criminal relevance. The said requirements are clearly influenced by the general principle of reliance and by the complex provisions under art. 590-*sexies*, 2nd paragraph, of the Italian Criminal Code, to be applied in two main areas of relational negligence, in light of the duty to control, provided or not by an evidence-based rule of conduct. Some proposals are advanced in order to overcome the obstacle of not enough formally accepted guidelines. The notion of good clinical practice, to be interpreted extensively, could be used as a genus including guidelines themselves. Also art. 2236 of the Italian Civil Code could rationally limit criminal liability, at the boundaries of art. 590-*sexies*, 2nd paragraph, of the Italian Criminal Code.

## SOMMARIO

1. L'asimmetria tra il piano normativo e quello della prassi. – 2. L'eccezionalità di una corretta declinazione del principio di affidamento. – 3. I possibili "luoghi" di incontro tra la disciplina vigente e le dinamiche relazionali: due ipotesi. – 4. Gli ostacoli (superabili) che può incontrare la declinazione della nuova disciplina nelle dinamiche relazionali. – 5. Un inciso sui rapporti tra positivizzazione delle regole di comportamento nelle attività plurali e principio di affidamento. – 6. Considerazioni conclusive, ma anche di apertura a percorsi alternativi: le buone pratiche come concetto di genere, inclusivo delle linee guida, a prescindere dal loro accreditamento formale; la perdurante vitalità dell'art. 2236 c.c.

## 1.

## L'asimmetria tra il piano normativo e quello della prassi.

Con l'approvazione delle riforme "Balduzzi" (d.l. 13 settembre 2012, n. 158) e "Gelli-Bianco" (l. 8 marzo 2017, n. 24), l'attenzione degli studiosi si è focalizzata su concetti non inediti nel contesto sanitario: in particolare quelli di linee guida, buone pratiche, grado della colpa e imperizia. Si tratta però di concetti di non agevole definizione. Le discutibili combinazioni di tali "ingredienti" nel testo delle discipline del 2012 e 2017 hanno poi amplificato significativamente le incertezze, lasciando all'interprete un compito davvero impegnativo.

Con riferimento alla riforma "Balduzzi", è più che nota l'evocazione di un paradosso descritto ricorrendo all'espressione «*in culpa sine culpa*». Il legislatore sarebbe cioè caduto in contraddizione – si è detto – nell'ipotizzare la sussistenza di una colpa in capo ad un sanitario rispettoso di linee guida o buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica<sup>1</sup>.

Commentando la riforma "Gelli-Bianco", che ha introdotto nel codice penale l'art. 590-*sexies*<sup>2</sup>, si è percepito di trovarsi di fronte a un «rompicapo interpretativo»<sup>3</sup> e pure la giurisprudenza ha ammesso un disagio analogo, parlando, nella prima pronuncia dedicata al tentativo di un'interpretazione compiuta, di «alti dubbi interpretativi», di disciplina «di disarticolante contraddittorietà», dall'interpretazione letterale esposta a esiti di «lampante» e «drammatica incompatibilità logica»<sup>4</sup>.

Le difficoltà di carattere esegetico hanno con ogni probabilità favorito la perdita di vista di un aspetto essenziale, cioè la dimensione normalmente plurisoggettiva del trattamento sanitario. Il tentativo di decifrare e declinare le formule legislative di recente conio è stato infatti sviluppato in una prospettiva quasi esclusivamente monosoggettiva<sup>5</sup>, limitando notevolmente gli orizzonti applicativi delle stesse disposizioni: un esito indesiderato, posto che si tratta di discipline concepite, tra l'altro, al fine di allentare la pressione giudiziaria sull'esercizio quotidiano di professioni di speciale utilità sociale.

In questo contributo, si cercherà di riportare l'attenzione sulla colpa relazionale<sup>6</sup> in ambito sanitario e, in particolare, sulle condizioni per la sua sussistenza e la sua punibilità nel contesto attuale: «dopo la riforma Gelli-Bianco», come annuncia il titolo.

L'idea di colpa relazionale allude a una violazione di doveri cautelari i cui contenuti sono influenzati dal comportamento passato, presente o futuro di altri soggetti. Così è, ad esempio, nei casi di violazione di obblighi di verifica, di coordinamento, di informazione oppure di intervento.

<sup>1</sup> In questo senso, in particolare, PIRAS (2012).

Prima di essere superato dalla riforma del 2017, che lo ha abrogato, l'art. 3 d.l. 13 settembre 2012, n. 158 così disponeva: «L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve».

<sup>2</sup> La disposizione che qui rileva è quella del 2° c., che si applica ai casi di omicidio colposo 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».

<sup>3</sup> CALETTI e MATTHEUDAKIS (2017a), p. 106. L'espressione è poi stata ripresa da PULITANÒ (2017), p. 317.

<sup>4</sup> Cass. pen., Sez. IV, 20 aprile 2017, n. 28187 (punto 7 del «Considerato in diritto»), nota come sentenza "Tarabori" o "Tarabori-De Luca", dai cognomi, rispettivamente, della parte civile ricorrente e del sanitario imputato. Di questi aspetti e, più in generale, dell'instabilità interpretativa che ha riguardato le prime fasi applicative della riforma del 2017, si trova traccia anche in studi dedicati al valore del precedente giurisprudenziale: ad esempio, MANES (2018), p. 9; SANTANGELO (2018), in particolare pp. 53, 54 e 58.

<sup>5</sup> Condivisibilmente, guardando alla formulazione dell'art. 590-*sexies* c.p., si è definita «la dimensione plurisoggettiva dell'attività medico-chirurgica» come «la grande esclusa della riforma»: MASSARO (2017), pp. 48 e 49.

<sup>6</sup> La produzione scientifica sull'argomento, al di là della terminologia impiegata, è particolarmente copiosa. Limitandosi ora ad alcune opere monografiche interamente o in parte significativa dedicate al tema, MANTOVANI (1997a); CORNACCHIA (2004), in particolare pp. 518 ss.; CASTRONUOVO (2009), in particolare pp. 321 ss.; RISICATO (2013). Per un inquadramento dell'argomento in ambito civilistico, CAFAGGI (1996).

Si è al cospetto di una categoria multiforme, che trova naturale corrispondenza nell'istituto della cooperazione colposa di cui all'art. 113 c.p., basato, per un accreditato orientamento giurisprudenziale, tra cui si colloca anche l'autorevole pronuncia delle Sezioni unite sul caso ThyssenKrupp del 2014, sulla frustrazione della cosiddetta «pretesa d'interazione prudente», che viene appunto in rilievo nei casi di «comune coinvolgimento nella gestione del rischio»<sup>7</sup>.

Quello sanitario è uno dei contesti in cui di più in assoluto si può constatare la dimensione relazionale della colpa penale. Ciò rappresenta una proiezione sul piano normativo del menzionato carattere regolarmente plurisoggettivo del trattamento sanitario. È infatti noto come sia assai frequente che il trattamento del singolo paziente implichi il coinvolgimento di più professionisti, i quali intervengono simultaneamente oppure in tempi diversi: al riguardo, si usa parlare di trattamento sanitario sincronicamente plurisoggettivo, il cui prototipo può essere ravvisato nell'*équipe* operatoria, e di trattamento sanitario diacronicamente plurisoggettivo, razionalizzato dalla dottrina penalistica italiana soprattutto a partire dallo studio di vicende riguardanti procedure di trapianto di organi, con fasi gestite da medici diversi, spesso appartenenti a strutture ospedaliere collocate in luoghi differenti<sup>8</sup>.

## 2. L'eccezionalità di una corretta declinazione del principio di affidamento.

Consultando i repertori di giurisprudenza, si può facilmente constatare come i processi penali per colpa del sanitario si celebrino non soltanto nei confronti di soggetti ai quali si contesta una responsabilità «diretta» per il verificarsi dell'evento tipico; spesso si trovano imputati anche professionisti a cui si attribuisce una responsabilità incentrata sul non aver fatto fronte a un errore altrui. Come è evidente, quest'ultima è una casistica centrale nell'economia di un'analisi della colpa relazionale.

Proprio nell'ambito di attività plurali come quella sanitaria, la dottrina ha spesso invocato il principio di affidamento (*Vertrauensgrundsatz*), il quale è in grado di incidere sui contenuti del dovere cautelare, quindi sul perimetro della tipicità colposa, consentendo ordinariamente a ciascuno di non preoccuparsi dell'operato altrui e quindi confidare che gli altri soggetti con cui si interagisce rispettino le regole di cautela di loro spettanza<sup>9</sup>.

Non si tratta soltanto di garantire che nell'ambito della responsabilità colposa venga rispettato il principio personalistico dell'art. 27 Cost., che preme in direzione opposta rispetto alla punizione di un soggetto per un'inosservanza altrui o quantomeno vale a renderla una prospettiva eccezionale, non ordinaria<sup>10</sup>. Come afferma condivisibilmente parte della dottrina, permettere al sanitario di concentrarsi sulle proprie mansioni senza imporgli di disperdere energie e attenzione occupandosi anche di verificare l'operato altrui potrebbe talvolta essere il modo migliore per tutelare l'interesse del paziente. Si è così riconosciuta la possibilità di configurare, almeno in alcune situazioni, un «vero e proprio dovere reciproco di affidamento», notando come il principio in menzione verrebbe in questo modo ad assumere «una valenza eccentrica rispetto al suo normale utilizzo»: qui cautelare a tutti gli effetti; di solito essenzialmente di garanzia individuale per il sanitario<sup>11</sup>.

<sup>7</sup> Cass. pen., Sez. un., 24 aprile 2014, n. 38343 (punto 29 del «Considerato in diritto»).

<sup>8</sup> Si vedano, in particolare, MANTOVANI (1997b), pp. 1051 ss.; VALLINI (2001), pp. 477 ss.; in seguito, ad esempio, MIGLIO e FERRI (2015), pp. 480 ss.

<sup>9</sup> Nel panorama dottrinale italiano, l'opera più completa in materia è la monografia di MANTOVANI (1997a), a cui si rinvia non solo per una ricostruzione storica, che dà conto dell'emergere del principio di affidamento nella dottrina tedesca sulla circolazione stradale del periodo nazionalsocialista (pp. 11 ss.), ma anche per le opportune precisazioni sulla definizione del contenuto della regola cautelare nei contesti plurali (pp. 138 ss.).

Il principio è ben noto anche al di fuori della dottrina italiana e tedesca: in quella di lingua spagnola, ad esempio, M. MARAVER GÓMEZ (2009); ABRALDES (2010).

<sup>10</sup> In coerenza con questo carattere di eccezionalità, in dottrina si è sostenuto che gli obblighi di controllo dell'attività altrui, ponendosi «al limite della competenza», dovrebbero richiedere «la massima tipizzazione»: CORNACCHIA (2004), p. 526, che riconduce tali obblighi alla categoria degli «obblighi eterotropi» (pp. 524 ss.). In senso analogo, al di là della terminologia impiegata, già GIUNTA (1993), p. 454.

<sup>11</sup> CORNACCHIA (2013), pp. 1231 e 1234; anche in ID. (2004), pp. 491, 531 e 532; ID. (2011), pp. 832-834. In precedenza, VALLINI (2001), p. 480, nota 15, il quale, ragionando sulla *ratio* efficientistica che in generale è alla base delle regole cautelari, aveva riconosciuto che queste potrebbero ben tradursi in «un vero e proprio dovere cautelare d'affidarsi al comportamento competente altrui, laddove questo «affidamento» risulti necessario ad ottimizzare i risultati organizzativi». In linea con questa prospettiva, sembra opportuno richiamare la nota considerazione di STRATENWERTH (1961), p. 388, per cui un medico che si interessi di tutto (e quindi anche delle prestazioni altrui), andrà esente da un rimprovero per mancata diligenza, ma difficilmente sarà un buon medico. Si vedano anche MARINUCCI e MARRUBINI (1968), p. 217, che

È altrettanto noto come la giurisprudenza non abbia sempre mostrato di recepire in pieno le indicazioni della dottrina in argomento. A ben vedere, non si è trattato di indifferenza, ma più spesso di dichiarata chiusura, prediligendo regole di condotta antitetiche, cioè obblighi di controllo dell'attività altrui.

Da diversi anni, in sede di legittimità, risulta consolidato l'orientamento per cui «Qualora ricorra l'ipotesi di cooperazione multidisciplinare, ancorché non svolta contestualmente, ogni sanitario è tenuto, oltre che al rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle specifiche mansioni svolte, all'osservanza degli obblighi derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune ed unico. Ne consegue che ogni sanitario non può esimersi dal conoscere e valutare l'attività precedente o contestuale svolta da altro collega, sia pure specialista in altra disciplina, e dal controllarne la correttezza, se del caso ponendo rimedio a errori altrui che siano evidenti e non settoriali, rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio»<sup>12</sup>.

Nelle parole di questo orientamento, in cui riecheggia la nota impostazione di Claus Roxin, volta a riconoscere operatività al principio di affidamento solo in presenza di «doveri divisi» e non invece in presenza di «doveri comuni»<sup>13</sup>, non è di per sé la previsione di un obbligo di porre rimedio a errori altrui evidenti e non settoriali a suscitare perplessità, perché ciò è sostanzialmente in linea con un limite operativo al principio di affidamento che anche la dottrina unanime riconosce. Nessuno sostiene infatti una versione cieca, incondizionata, del principio di affidamento, il quale si ritiene appunto limitato quando si presentino nel caso concreto segnali indizianti l'inaffidabilità sul piano cautelare degli altri soggetti con cui si interagisce: trattasi di limitazioni in via occasionale del principio di affidamento, alla stregua dunque di eccezioni a una regola di validità generale<sup>14</sup>.

L'altra tipologia di limite al principio di affidamento riguarda soggetti come il capo *équipe*, la cui posizione di garanzia si ritiene spesso che implichi un dovere di controllo capillare dell'operato degli altri partecipanti alla medesima attività. In casi del genere si potrebbe parlare di limiti di carattere funzionale al principio di affidamento, giustificati cioè da un particolare ruolo che non consenta di fidarsi appieno della correttezza delle condotte altrui<sup>15</sup>.

Ciò che non convince dell'orientamento giurisprudenziale poc'anzi richiamato è più che altro il metodo inquisitorio imposto per giungere alla percezione degli errori altrui evidenti e non settoriali. Il componente dell'*équipe* sarebbe tenuto a diffidare sistematicamente dell'operato degli altri sanitari e dovrebbe dedicarsi a un controllo della loro prestazione, quasi con l'aspettativa di "scovare" l'errore. In questo modo, l'errore altrui evidente finisce per essere non solo quello percepibile *ictu oculi* nel momento dell'esercizio della propria prestazione, ma anche quello che si renda palese solo all'esito di un controllo capillare dell'operato altrui.

A margine di questo orientamento di carattere generale, ne sono maturati altri che, settorialmente, hanno parimenti compresso l'operatività del principio di affidamento. Ciò si può riscontrare, ad esempio, con riferimento alla conta del materiale chirurgico e alla gestione del decorso post-operatorio, ambiti in cui si è appunto imposta la logica del controllo reciproco<sup>16</sup>.

sottolineano l'opportunità che il medico sia lasciato libero di «dedicarsi ai compiti specifici del trattamento curativo con la dovuta esclusività e concentrazione»; VENEZIANI (2003), p. 206, secondo cui una sistematica negazione dell'affidamento potrebbe «ritorcerci contro l'interesse del paziente stesso»; inoltre, DE FRANCESCO (2012), p. 967.

<sup>12</sup> In questi termini, ad esempio, Cass. pen., Sez. IV, 24 gennaio 2005, n. 18548; Cass. pen., Sez. IV, 5 novembre 2009, n. 43958; Cass. pen., Sez. IV, 06 febbraio 2015, n. 30991; Cass. pen., Sez. IV, 19 luglio 2018, n. 39733.

<sup>13</sup> Nella prospettiva di ROXIN (1963), pp. 534 ss., il dovere comune è quello sussistente (non necessariamente con identico contenuto) in capo a più soggetti al fine di tutelare il bene giuridico tramite una garanzia rinforzata, multipla, tale per cui l'errore di uno solo di essi non sarebbe sufficiente per la produzione dell'evento da prevenire. Da un diverso angolo prospettico, il dovere è ritenuto comune quando ciascuno dei soggetti interagenti sia titolare di una posizione di garanzia (o comunque di obblighi cautelari) di per sé in grado di proteggere totalmente il bene giuridico interessato. I doveri divisi sarebbero invece quelli spettanti a ognuno in ragione della propria specifica e delimitata competenza nell'ambito dell'attività plurisoggettiva, non in grado di assicurare, considerati singolarmente, una totale protezione del bene giuridico. Questa distinzione di obblighi, con riferimento all'ambito dell'attività sanitaria plurisoggettiva (ove anche Roxin la sviluppa in via privilegiata) trova riferimenti pure nella dottrina italiana. Si veda, in particolare, BELFIORE (1986), pp. 277 ss. e 294 ss., che sottolinea l'opportunità di ricorrere a criteri che esprimano «un grado di generalità ed astrattezza tale da consentirne l'utilizzabilità in un numero indefinito di ipotesi» (p. 294). Si tratta di un'impostazione teorica indubbiamente raffinata e al tempo stesso prontamente intellegibile, su cui non sono però mancate perplessità in dottrina, più che altro riguardo a talune implicazioni attribuitele. Così, ad esempio, si è giudicata eccessiva (e non priva di contraddizioni nella produzione scientifica dello stesso Roxin) la generalizzazione nel senso della preclusione dell'operatività del principio di affidamento in capo al titolare di un dovere comune: MANTOVANI (1997), pp. 153 e 154, nota 151. Per ulteriori perplessità, tra gli altri, DI LANDRO (2005), pp. 271 s.

<sup>14</sup> Sulla relazione tra principio di affidamento e suoi limiti come rapporto regola-eccezioni, si vedano, ad esempio, MASSARO (2011), pp. 3860 ss.; FORTUNATO (2017), in particolare pp. 40 ss.

<sup>15</sup> Su entrambi i limiti, per tutti, MANTOVANI (1997a), pp. 155 ss.

<sup>16</sup> Sia consentito il rinvio a MATTHEUDAKIS (2018), pp. 1236 ss.

Non passa inosservato che in buona parte dei casi in cui ha trovato espressa menzione il principio di affidamento in Cassazione, per lo più su sollecitazione della difesa degli imputati, i giudici ne hanno poi escluso l'applicazione in concreto: un costante *distinguishing* atto ad evidenziare le peculiarità della vicenda sotto giudizio e quindi la pertinenza di regole di imputazione differenti<sup>17</sup>. Di fatto, dunque, il richiamo del principio di affidamento si è quasi sempre risolto in un preludio alla sua concreta inapplicabilità, non così diversamente dalle sentenze in cui si fa riferimento esplicito all'agente modello (cioè all'*homo eiusdem professionis et conditionis*), il quale, secondo parte della dottrina, avrebbe una vocazione «colpevolista» e comparirebbe più che altro nelle pronunce di condanna<sup>18</sup>.

Se è dunque vero che la giurisprudenza si mostra generalmente restia a riconoscere ampio spazio operativo al principio di affidamento, va però dato conto del fatto che qualche recente apertura si può comunque intravedere. Così, ad esempio, in una pronuncia di legittimità del 2017<sup>19</sup>. In tale occasione, pur riproponendo in premessa l'impostazione di ascendenza roxiniana per cui il principio di affidamento opererebbe solo con riferimento all'esecuzione di compiti nettamente distinti, tale principio è stato posto a fondamento dell'esclusione della responsabilità colposa di un membro di un'*équipe* chirurgica per un errore altrui.

È stata così annullata senza rinvio, «per non avere l'imputato commesso il fatto», la sentenza d'appello che aveva condannato il secondo operatore chirurgico che in un intervento di colecistectomia (asportazione chirurgica della cistifellea) per via laparoscopica (quindi senza apertura chirurgica della parete addominale) aveva compiti materiali: si trattava essenzialmente di sostenere il divaricatore e l'aspiratore affinché il primo operatore chirurgico – il primario – ispezionasse l'addome nel corso dell'intervento. Nell'intervento era stata lesa un'aorta, solo parzialmente suturata da parte del primo operatore. Non era stata infatti vista una ulteriore lesione collocata in una zona diversa. Ne era quindi seguita la morte del paziente per shock emorragico irreversibile.

La Corte d'appello aveva basato la condanna del secondo operatore su una violazione cautelare consistente nell'aver mancato di segnalare al primo operatore la necessità di provvedere all'esplorazione di tutta la circonferenza del vaso. Per i giudici, lo stesso sanitario avrebbe dovuto eventualmente provvedere personalmente a eseguire detta osservazione, chiedendo al collega di passargli gli speciali occhiali.

La Cassazione si è espressa sul caso in termini più condivisibili, rilevando cioè che «le modalità di effettuazione della suturazione non possono addebitarsi al [secondo operatore], perché rientranti nel *proprium* dell'operatore che vi aveva provveduto, non potendosi trasformare l'onere di vigilanza, specie in settore specialistico, in una sorta di obbligo generalizzato (e di impraticabile realizzazione) di costante raccomandazione al rispetto delle regole cautelari e di – addirittura – invasione negli spazi della competenza altrui»<sup>20</sup>.

<sup>17</sup> Beninteso: non mancano casi in cui l'esclusione del principio di affidamento può essere condivisa, almeno in linea di massima. Così è, ad esempio, quando l'agente si sia reso diretto responsabile di una violazione cautelare innescante il fattore di rischio sfociato poi nell'evento tipico. In questi casi, l'effetto perverso che, comprensibilmente, si intende evitare è quello di avallare letture dell'affidamento non tanto volte a «togliere» (o, almeno, attenuare) la preoccupazione che i compartecipi possano commettere errori quanto, piuttosto, facenti perno sull'aspettativa deresponsabilizzante che alla mancanza propria pongano rimedio altri. Con specifico riferimento all'ambito sanitario, l'argomento è stato inizialmente tematizzato soprattutto con riferimento alla successione nella posizione di garanzia e viene spesso inquadrato in una prospettiva dichiaratamente causale: Cass. pen., Sez. IV, 1° ottobre 1998, n. 11444; analogamente, Cass. pen., Sez. IV, 3 dicembre 2015, n. 20125; ancor più di recente, con riferimento al succedersi di più soggetti nella gestione di un paziente morto per la somministrazione di sangue non compatibile, Cass. pen., Sez. IV, 10 ottobre 2017, n. 50038.

<sup>18</sup> È nota, al riguardo, la posizione di Fausto Giunta, sviluppata in più contributi: ad esempio in GIUNTA (2013), p. 75, in cui si rileva che «l'agente modello compare pressoché esclusivamente nelle motivazioni colpevoliste, non appartiene agli stilemi delle sentenze di proscioglimento». In argomento, anche per ulteriori riferimenti bibliografici e giurisprudenziali, si rinvia a SALE (2013), che analizza da vicino una pronuncia – secondo l'Autrice, «un esempio, non frequente, di esito assolutorio del processo in applicazione del criterio dell'agente modello [...] facilmente modulabile processualmente e al quale si conferisce il compito di mediare tra certezza del diritto e personalità dell'illecito [...] che può ridondare anche a favore dell'imputato, con relativo calo di tutela» – in cui l'agente modello è stato posto a fondamento dell'assoluzione delle imputate. Per una recente difesa dell'agente modello, descritto in una veste aggiornata, con particolare riferimento all'ambito sanitario, CAPUTO (2017), pp. 64 ss. e 119 ss.

<sup>19</sup> Cass. pen., Sez. IV, 31 maggio 2017, n. 27314.

<sup>20</sup> In termini adesivi (nelle motivazioni), Cass. pen., Sez. IV, 12 febbraio 2019, n. 30626, anch'essa relativa ad attività di colecistectomia laparoscopica e così massimata: «Nell'ambito dell'attività medica e della cosiddetta "responsabilità di *équipe*", il principio di affidamento (in forza del quale il titolare di una posizione di garanzia, come tale tenuto giuridicamente a impedire la verificazione di un evento dannoso, può andare esente da responsabilità quando questo possa ricondursi alla condotta esclusiva di altri, contitolare di una posizione di garanzia, sulla correttezza del cui operato il primo abbia fatto legittimo affidamento) consente di confinare l'obbligo di diligenza del singolo sanitario entro limiti compatibili con l'esigenza del carattere personale della responsabilità penale, sancito dall'articolo 27 della Costituzione, perché il riconoscimento della responsabilità per l'eventuale errore altrui non è illimitato e impone, per essere affermato, non solo l'accertamento della valenza concausale del concreto comportamento attivo o omissivo tenuto rispetto al verificarsi dell'evento ma anche la rimproverabilità

È evidente come questo passaggio esprima un maggior rispetto del principio di personalità della responsabilità penale, anche se il riferimento a un onere di vigilanza come se fosse qualcosa di indefettibile lascia pensare a una fedeltà solo parziale al principio di affidamento. Si è già detto, infatti, che il *Vertrauensgrundsatz* consente ordinariamente di non preoccuparsi dell'operato altrui, cioè del fatto che altri rispettino le regole cautelari.

### 3. I possibili “luoghi” di incontro tra la disciplina vigente e le dinamiche relazionali: due ipotesi.

Di sicuro rilievo ai fini della trattazione è verificare se l'intento di ridurre la punibilità del sanitario alla base delle riforme “Balduzzi” e “Gelli-Bianco” abbia finora inciso sulla giurisprudenza in tema di colpa relazionale.

Guardando alle sentenze emesse dalla fine del 2012 a oggi, si può notare come gli orientamenti, pur con qualche eccezione, come visto, siano rimasti piuttosto simili a prima, evidenziando ancora resistenze al riconoscimento effettivo del principio di affidamento. In tali sentenze, a ben vedere, il ragionamento sull'applicabilità nel caso concreto delle clausole di esclusione della responsabilità penale del 2012 e del 2017 o non è affatto presente nelle motivazioni – così è, ad esempio, nella sentenza poc'anzi richiamata in tema di morte del paziente per incompleta suturazione dell'aorta lesa – oppure riguarda l'errore “medico” in sé (ossia quello in rapporto causale più diretto con l'evento)<sup>21</sup> e non tanto i profili di relazionalità della colpa.

Il titolo del presente contributo evoca la necessità di uno sforzo per certi versi anche prognostico, volto cioè a individuare i punti di possibile intersezione tra il 2° c. del nuovo art. 590-*sexies* c.p. e la tematica della colpa relazionale e del principio di affidamento.

Per orientarsi, è necessario riconoscere l'esistenza di tre diversi livelli rilevanti ai fini della trattazione: radicale esclusione della colpa per effetto del principio di affidamento; colpa relazionale lieve non punibile in applicazione dell'art. 590-*sexies*, 2° c., c.p.; colpa relazionale ancora oggi punibile. È evidente come l'ambito applicativo della disciplina codicistica appena menzionata rappresenti un limite alla punibilità della colpa relazionale del sanitario. Siccome ciò che limita al contempo fonda, è quindi comprensibile che si dedichi in queste pagine particolare attenzione all'art. 590-*sexies*, 2° c., c.p.

A prescindere dalla piena condivisibilità dell'impianto argomentativo delle Sezioni unite del 2017 (sentenza “Mariotti”)<sup>22</sup>, i principi di diritto dalle stesse formulati rappresentano indubbiamente un punto di riferimento fondamentale in materia<sup>23</sup>. Finché tali coordinate interpretative mantengono validità, si tratta, dunque, di immaginare ipotesi di sostanziale osservanza di linee guida o buone pratiche concretamente *adeguate*, che lascino però maturare una *colpa lieve* – una *imperizia lieve* – in fase *esecutiva* (e non, «a monte», in fase di *scelta* delle raccomandazioni a cui attenersi)<sup>24</sup>: a queste condizioni può oggi applicarsi l'art. 590-*sexies*, 2° c., c.p.

Stante la fisiologica alternatività tra operatività del principio di affidamento e sussistenza della colpa per un errore altrui – la colpa relazionale trova infatti spazio quando non è (o cessa

---

di tale comportamento sul piano soggettivo secondo i principi in tema di colpa (nella specie, la Corte ha annullato con rinvio la sentenza di condanna nei confronti di uno dei chirurghi dell'*équipe* per non essere state affrontate in modo adeguato le questioni di cui sopra in punto di responsabilità individuale, essendo emerso in fatto che a tale sanitario era stata addebitata la responsabilità per un errore riconducibile ad altro operatore nelle manovre di posizionamento, dei divaricatori neppure immediatamente percepibile durante l'intervento)». Ancor più di recente, Cass. pen., Sez. IV, 21 novembre 2019, n. 49774: «In tema di colpa medica, in caso di lavoro in “*équipe*” e, più in generale, di cooperazione multidisciplinare nell'attività medico-chirurgica, l'accertamento del nesso causale rispetto all'evento verificatosi deve essere compiuto con riguardo alla condotta ed al ruolo di ciascuno, non potendosi configurare aprioristicamente una responsabilità di gruppo, in particolare quando i ruoli ed i compiti di ciascun operatore sono nettamente distinti tra loro, non potendosi trasformare l'onere di vigilanza in un obbligo generalizzato di costante raccomandazione al rispetto delle regole cautelari e di invasione degli spazi di competenza altrui (Fattispecie in cui la Corte ha escluso la responsabilità del chirurgo che, in mancanza di un previo accertamento diagnostico che escludesse la possibilità di una tubercolosi, aveva eseguito, su decisione concordata dal primario pediatra e dal primario chirurgo, un intervento su un minore, poi deceduto a causa di sopravvenuta infezione polmonare)».

<sup>21</sup> Nello stesso caso menzionato più volte nel testo, l'errore “medico” che si può considerare in più diretto rapporto causale con l'evento è evidentemente l'incompleta suturazione dell'aorta lesa.

<sup>22</sup> Cass. pen., Sez. un., 21 dicembre 2017, n. 8770.

<sup>23</sup> Per una loro riaffermazione, ad esempio, Cass. pen., Sez. IV, 16 novembre 2018, n. 412. Sulla sentenza, si veda il commento di CALETTI (2019), pp. 289 ss., a cui si rinvia anche per una panoramica della giurisprudenza successiva alle Sezioni unite. Per analoghe rassegne, si vedano anche GIRANI (2018), pp. 437 ss.; PIRAS (2019); SCHIAVO (2019), pp. 5 ss.

<sup>24</sup> Per la distinzione tra «errore a monte» ed «errore a valle», CENTONZE e CAPUTO (2016), p. 1367.

di essere) legittimo l'affidamento tra soggetti<sup>25</sup> – sembrerebbe doversi trattare di una casistica contraddistinta dalla presenza di limiti all'affidamento, ma, al contempo, connotata da una colpa di grado lieve.

L'operazione da subito non appare semplice, ma sembra comunque possibile ragionare su due ipotesi principali, entrambe concepite facendo inevitabilmente riferimento a fonti comportamentali dell'*evidence-based medicine* (o E.B.M., sostanzialmente traducibile come «medicina basata sull'evidenza scientifica», cioè fondata su affidabili prove di efficacia)<sup>26</sup>: tali sono, per vocazione, sia le linee guida che le buone pratiche clinico-assistenziali menzionate dal 2° c. dell'art. 590-*sexies* c.p.<sup>27</sup>.

La *prima ipotesi* si basa sul pieno rispetto di linee guida o buone pratiche clinico-assistenziali volte a disciplinare specificamente la prestazione di uno o più soggetti senza al contempo imporre agli stessi alcun obbligo di controllo dell'operato altrui. In casi del genere, all'applicazione del 2° c. dell'art. 590-*sexies* c.p. si potrebbe pervenire se, ad esempio, vi fosse una sottovalutazione di taluni indizi concreti di inosservanza cautelare di un altro membro dell'*équipe*. Occorre però pensare – lo si ribadisce – a dinamiche concrete in cui sia limitata l'operatività del principio di affidamento e al contempo la colpa sia lieve: così pare essere in presenza di errori altrui (non importa se gravi o minimi) che siano riconoscibili anche senza un apposito controllo ma che non siano però lampanti; altrimenti la colpa di chi non se ne cura potrebbe non essere considerata lieve.

Il *secondo ambito casistico* può essere individuato nelle ipotesi di imperfetto allineamento a linee guida o buone pratiche clinico-assistenziali richiedenti esplicitamente una particolare attenzione nei confronti dell'operato altrui: può essere il caso delle raccomandazioni rivolte al capo *équipe*, in particolare in ambito chirurgico. Anche qui sembra possibile immaginare l'applicabilità del 2° c. dell'art. 590-*sexies* c.p. in caso di colpa relazionale lieve, che potrebbe consistere in una lieve superficialità nell'adempimento dell'obbligo di controllo, cioè nel mettere in pratica le verifiche richieste ma non con assoluto rigore, magari per la concomitanza di adempimenti delicati oppure per effetto di stanchezza dovuta all'impegno fino a quel momento profuso: rimanendo all'esempio del capo *équipe*, basti pensare che si tratta del soggetto a cui normalmente è demandata la prestazione principale dell'intervento, il che può ben comportare un significativo dispendio di energie fisiche, ma anche e forse soprattutto nervose, incidendo pertanto sulla condizione di lucidità.

## 4.

### Gli ostacoli (superabili) che può incontrare la declinazione della nuova disciplina nelle dinamiche relazionali.

Vi sono alcune questioni problematiche da affrontare per vagliare fino in fondo la plausibilità di un'applicazione dell'art. 590-*sexies* c.p. nelle due ipotesi prospettate.

In primo luogo, occorre domandarsi se possa considerarsi una colpa di carattere *esecutivo* quella consistente nella sottovalutazione degli indizi di inosservanza cautelare altrui o nella carenza dell'attività di controllo, ove necessaria.

Se la linea guida (oppure la buona pratica clinico-assistenziale) opportunamente scelta e perfettamente messa in atto non prevede un obbligo di controllo, il principio di affidamento

<sup>25</sup> In argomento, ad esempio, CORNACCHIA (2004), pp. 485 ss.; RISICATO (2013), in particolare pp. 39 ss. e 71 ss. In giurisprudenza, tra i precedenti più autorevoli, quello (già citato) relativo al caso ThyssenKrupp: Cass. pen., Sez. un., 24 aprile 2014, n. 38343 (punto 29 del «Considerato in diritto»).

<sup>26</sup> Tra gli scritti di riferimento in materia di E.B.M., SACKETT *et al.* (1996), pp. 71 s. Nella dottrina italiana, si vedano, ad esempio, DI LANDRO (2012), pp. 150 ss.; ROIATI (2012), pp. 135 ss.; MANNA (2014), pp. 125 ss.; CAPUTO (2017), pp. 185 ss.

<sup>27</sup> Per l'esattezza, non tutte le linee guida sono fino in fondo fedeli alle evidenze scientifiche. È noto infatti come, al di là dell'apparenza, vi siano anche linee guida finalizzate più o meno dichiaratamente al contenimento dei costi o viziate da un conflitto di interessi. Tra i primi a rilevarlo nella dottrina penalistica italiana, DI LANDRO (2012), in particolare pp. 67 e 68. Il problema era stato sostanzialmente considerato anche in una questione di legittimità costituzionale relativa al previgente art. 3 d.l. «Balduzzi»: si rinvia a Trib. Milano, Sez. IX, (ord.) 21 marzo 2013, di cui si veda il commento di SCOLETTA (2013); nonché a Corte cost., (ord.) 2 dicembre 2013, di cui si veda il commento di GATTA (2013). La legge «Gelli-Bianco» del 2017 ha in ampia misura superato le perplessità alimentate dal regime giuridico precedente, prevedendo che le linee guida in grado di determinare l'esclusione della responsabilità penale siano quelle elencate in un catalogo chiuso formato secondo un'articolata procedura volta a verificare proprio che esse soddisfino determinati *standard* qualitativi: così l'art. 5 l. n. 24 del 2017. Il problema potrebbe oggi riguardare più che altro le buone pratiche clinico-assistenziali, ma il controllo che si riserva al giudice in termini di adeguatezza «alle specificità del caso concreto» potrebbe consentirgli di estromettere dalla base di giudizio pratiche che non siano realmente buone.

può comunque soffrire una limitazione di carattere occasionale, per effetto della concreta riconoscibilità dell'errore altrui (prima ipotesi). In casi del genere, non presenterà problemi il soddisfacimento del requisito del «rispetto» della fonte comportamentale *evidence-based*<sup>28</sup>, ma si potrebbe discutere sul fatto che vi sia un collegamento stretto tra l'errore e la stessa fonte comportamentale. Nella sentenza “Tarabori”, questo nesso pertinenziale veniva esplicitamente valorizzato per evidenziare l'irragionevolezza della non punibilità di quelle che in dottrina sono state definite «colpe parallele»<sup>29</sup> rispetto all'ambito regolativo delle fonti comportamentali *evidence-based*<sup>30</sup>. Effettivamente, più la colpa risulta eccentrica rispetto alle raccomandazioni assunte nel caso concreto come “faro” della propria condotta, meno l'errore può definirsi esecutivo e tende anche a sfumare il senso di una maggior tolleranza nei confronti del sanitario per aver correttamente *scelto* tali raccomandazioni.

Va però considerato che le Sezioni unite, nella già menzionata sentenza “Mariotti”, sono state meno esplicite sul punto, sembrando fissare meno vincoli di pertinenza tra errore decisivo per la verifica dell'evento tipico e disciplina della linea guida o della buona pratica: trattasi dunque di un ostacolo ad oggi “aggirabile” in chiave difensiva, anche se con margini di successo che diminuiscono più l'errore è eccentrico rispetto allo specifico ambito regolativo delle raccomandazioni seguite.

Se invece vi è una linea guida oppure una buona pratica che prevede esplicitamente un obbligo di porre particolare attenzione all'operato altrui (seconda ipotesi), il carente controllo mette a rischio già il requisito del «rispetto» della stessa fonte comportamentale. Tuttavia, anche in questo ambito casistico la linea interpretativa delle Sezioni unite è “flessibile” e potrebbe giovare al sanitario: per i giudici di legittimità, l'agente può ritenersi «nel perimetro del “rispetto delle linee guida”» non solo in presenza di un ossequio impeccabile, ma anche quando «lo scostamento da esse è marginale e di minima entità»<sup>31</sup>.

Il “diritto vivente” sembra dunque consentire di ritenere non disattesa la fonte comportamentale *evidence-based* in presenza di un controllo sì eseguito, ma senza la necessaria attenzione, ad esempio per il significativo dispendio di energie da parte del capo *équipe* previamente impegnato in una prestazione lunga e complessa.

Un ulteriore interrogativo che incombe, anch'esso riferibile a entrambe le ipotesi casistiche prese in considerazione, è quale tipologia di colpa integri la carenza di attenzione rispetto all'operato altrui. In particolare, occorre chiedersi se si tratti di *imperizia*.

In giurisprudenza, più spesso finora si è optato per una qualificazione in termini diversi, specialmente in favore della negligenza. Così, ad esempio, in una sentenza del 2018<sup>32</sup>, in cui è stata confermata la sentenza d'appello che aveva condannato per lesioni gravissime il secondo operatore chirurgico, in cooperazione colposa con il primo operatore – anche in questo caso, primario – per lo scorretto sviluppo di un intervento laparoscopico di rimozione di una cisti splenica (un'infezione della milza). Il primo operatore aveva erroneamente reciso e asportato l'unico rene rimasto al paziente, confuso con la cisti splenica per via di una calcolosi a stampo che interessava l'organo. La corresponsabilità del secondo operatore, che aveva il compito di

<sup>28</sup> Ci si riferisce al passaggio dell'art. 590-*sexies*, 2° c., c.p. in cui si prevede «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» (corsivo aggiunto).

<sup>29</sup> Così Massimo Donini nel corso della sua relazione al convegno «La responsabilità penale del medico dopo la riforma Gelli/Bianco», tenutosi a Ferrara il 16 novembre 2017.

<sup>30</sup> Cass. pen., Sez. IV, 20 aprile 2017, n. 28187 (punti 7 e 8.3 del «Considerato in diritto», che vale la pena richiamare letteralmente: «Un esempio tratto dalla prassi può risultare chiarificatore. Un chirurgo imposta ed esegue l'atto di asportazione di una neoplasia addominale nel rispetto delle linee guida e, tuttavia, nel momento esecutivo, per un errore tanto enorme quanto drammatico, invece di recidere il peduncolo della neoformazione, taglia un'arteria con effetto letale. In casi del genere, intuitivamente ed al lume del buon senso, non può ritenersi che la condotta del sanitario sia non punibile per il solo fatto che le linee guida di fondo siano state rispettate. Una soluzione di tale genere sarebbe irragionevole, vulnererebbe il diritto alla salute del paziente e quindi l'art. 32 Cost., si porrebbe in contrasto con i fondanti principi della responsabilità penale»; «Il nuovo paradigma non dispiega i suoi effetti in relazione alle condotte che, sebbene poste in essere nell'ambito di relazione terapeutica governata da linee guida pertinenti ed appropriate, non risultino per nulla disciplinate in quel contesto regolativo. Sovviene nuovamente, a tale riguardo, l'esempio dell'errore del chirurgo sopra esposto»).

<sup>31</sup> Cass. pen., Sez. un., 21 dicembre 2017, n. 8770 (punto 9 del «Considerato in diritto»). Sul punto, la sentenza sembra in piena sintonia con alcuni spunti sviluppati in dottrina, anche da parte di chi scrive. Commentando la sentenza “Tarabori”, vi è infatti già stato modo di argomentare in merito alla possibilità di ritenere comunque rispettate le linee guida a fronte di lievi inefficienze nella loro messa in pratica: CALETTI e MATTHEUDAKIS (2017b), pp. 1373 e 1374.

Tra coloro che, prima delle Sezioni unite, pur in altri termini rispetto a quelli qui riproposti, prospettavano la reviviscenza di una gradazione «mascherata» della colpa professionale del sanitario, si può richiamare anche Cupelli (2017), p. 1774. Si veda, in seguito, anche RISCATO (2017), p. 1523, che evidenzia un'ampia convergenza della dottrina «per vie diverse, verso il recupero di un grado quanto meno elevato di colpa del sanitario come necessario presupposto per una sua responsabilità (anche) penale».

<sup>32</sup> Cass. pen., Sez. IV, 19 luglio 2018, n. 39733.

direzionare la telecamera nelle zone indicategli dal primo operatore, è stata basata sul fatto che l'errore di quest'ultimo fosse ben percepibile, in quanto l'erronea asportazione del rene era durata circa 9 minuti, quindi non era stata repentina. La Cassazione ha concordato coi giudici di merito sul fatto che, ove avesse prestato la dovuta attenzione nel visionare costantemente il campo operatorio mediante la telecamera a lui affidata, il secondo operatore si sarebbe accorto dell'errore e avrebbe potuto e dovuto segnalare quanto stava avvenendo; mentre la superficialità nell'appiattirsi alle direttive del primo operatore, non indagando attentamente il suo operato, è stata qualificata un'ipotesi di grave negligenza.

Nel caso appena richiamato, la Corte ha parlato di grave «negligenza esecutiva», facendone conseguire l'impossibilità di applicare tanto l'art. 590-*sexies* c.p. quanto l'art. 3 d.l. Balduzzi. Il rispetto di linee guida – sostenuto dalla difesa – non era stato invece indagato: la concomitante sussistenza di negligenza e colpa grave è stata giudicata sufficiente a mettere doppiamente fuori gioco la possibilità di invocare entrambe le clausole di esclusione della responsabilità penale concepite nel decennio in corso.

In precedenza, il difetto di controllo dell'operato altrui era già stato qualificato come ipotesi di negligenza e, contestualmente, di imprudenza. Così, ad esempio, in una pronuncia di legittimità del 2014, in cui la derelizione di una pezza laparotomica nel corpo del paziente (il quale ha così riportato lesioni gravi) è stata addebitata anche al medico che non aveva ripetuto il conteggio già eseguito senza apparenti anomalie dal personale infermieristico<sup>33</sup>.

Il problema interpretativo intorno al concetto di imperizia, come è noto, è di carattere generale, cioè tutt'altro che limitato alle ipotesi di colpa relazionale. Purtroppo il legislatore ha ignorato il giusto monito della sentenza “Denegri” del 2016<sup>34</sup> e l'avvenuta tipizzazione di questo requisito, cioè la menzione esplicita dell'imperizia nel testo legale, risulta particolarmente problematica sul piano applicativo.

Se ne può forse uscire con un'interpretazione ampia del concetto di imperizia, come si è già avuto modo di sostenere in più di un'occasione<sup>35</sup>, essenzialmente riproponendo un punto di vista significativamente rappresentato nella tradizione dottrinale italiana: l'imperizia potrebbe ben concepirsi come la versione “tecnica”, “professionale” di negligenza ed imprudenza (a loro volta distinte per lo più in via meramente convenzionale) e non un vero e proprio *tertium genus*. Così anche le lievi carenze relazionali potrebbero rientrare nell'ambito applicativo dell'art. 590-*sexies* c.p.

Il terzo quesito da affrontare è che cosa significhi precisamente *colpa relazionale lieve*: aver controllato ma non a fondo? Non aver percepito un errore non così facilmente rilevabile da parte di uno specialista in disciplina diversa? Soprattutto nella prospettiva della cooperazione diacronica, aver, ad esempio, trascurato la comunicazione al collega di un dato clinico ritenuto non fondamentale, ma rivelatosi poi decisivo per la verifica dell'evento dannoso?

I punti fermi al riguardo sembrano piuttosto scarsi. Tra questi sembra però esservi l'opportunità di evitare presunzioni e automatismi. Un errore lieve o grave che sia potrà determinare in capo agli altri soggetti che non vi facciano fronte tanto una colpa grave quanto una colpa lieve oppure ancora l'assenza di qualsiasi colpa. Molto dipende dai dettagli presenti nel caso concreto. Tra gli elementi da considerare, alcuni dei quali già emersi nelle esemplificazioni finora offerte, vi è senz'altro il ruolo ricoperto dall'agente, la complessità della propria prestazione specialistica, il livello di “giustificata” stanchezza (ad esempio per la durata dell'intervento chirurgico), il previo o contestuale adempimento di compiti organizzativi del lavoro ecc.

Sono elementi, questi, che rievocano, almeno in parte, gli stessi parametri di valutazione della *misura soggettiva della colpa*. Si è ben consapevoli della necessità di mantenere distinti due piani di valutazione che non vanno confusi – grado della colpa, da un lato, e giudizio di sussistenza della “colpevolezza colposa”, dall'altro – ma non pare casuale questa interferenza. In dottrina si è appunto già evidenziato come limitando la responsabilità penale alle sole ipotesi di colpa grave si ottenga, quale *positivo effetto collaterale*, una sensibile riduzione dell'incriminazione di condotte tenute da soggetti in concreto dubbiamente rimproverabili<sup>36</sup>. Se alcuni

<sup>33</sup> Cass. pen., Sez. IV, 8 luglio 2014, n. 7346.

<sup>34</sup> Cass. pen., Sez. IV, 11 maggio 2016, n. 23283. Per un commento della sentenza, CUPELLI (2016).

<sup>35</sup> In termini più compiuti in CALETTI e MATTHEUDAKIS (2018), pp. 32 ss., a cui sia consentito rinviare anche per ulteriori riferimenti bibliografici. In argomento, da ultimo, CAPUTO (2019), pp. 443 ss.

<sup>36</sup> Ad esempio, DI LANDRO (2004), pp. 739 ss.; CASTRONUOVO (2009), pp. 345 ss.; Id. (2013), pp. 1736 ss.; PALAZZO (2010), pp. 1239 e 1240; CANEPA (2011), pp. 233 ss.; BLAIOTTA (2012), pp. 7 ss., in particolare p. 11; DONINI (2013), pp. 154 ss.; ma si veda anche la proposta presentata dal Centro Studi “Federico Stella” sulla Giustizia penale e la Politica criminale, oggetto di approfondimento in FORTI *et al.* (2010). In termini quantomeno problematici rispetto a questo approccio, ROMANO (2010), p. 123; DE FRANCESCO (2012), p. 972; RISCATO (2013),

elementi della vicenda concreta, pur ponderati, non vengono ritenuti sufficienti per escludere la sussistenza della misura soggettiva della colpa, cioè della colpevolezza colposa, non si vede perché non possano comunque incidere sulla valutazione del suo grado<sup>37</sup>: il che pare una piana declinazione della concezione normativa della colpevolezza, che di quest'ultima valorizza adeguatamente proprio la sua graduabilità, al contrario delle risalenti concezioni psicologiche.

## 5. Un inciso sui rapporti tra positivizzazione delle regole di comportamento nelle attività plurali e principio di affidamento.

In dottrina si è sostenuto che la *positivizzazione delle regole di comportamento in attività plurali* potrebbe dare linfa concreta al principio di affidamento<sup>38</sup>, ma un po' di scetticismo pare lecito, perché, se si guarda alla tradizione di queste fonti comportamentali, è facile constatare la positivizzazione di obblighi di controllo, che, "per via normativa", finiscono non per riconoscere ma al contrario per negare spazio operativo al principio di affidamento<sup>39</sup>. Si rende sì più prevedibile la ricostruzione delle regole cautelari, quindi si ottiene un guadagno sul piano della legalità dell'illecito colposo, ma spesso non si realizza, di riflesso, anche una tutela delle istanze di personalità della responsabilità penale. Così è, ad esempio, in ambito lavorativo, per effetto di norme come l'art. 2087 c.c. e l'art. 18, 1° c., lett. f d.lgs. 9 aprile 2008, n. 82<sup>40</sup>, nonché in ambito stradale, dove si oppongono spesso limiti normativi altrettanto espliciti al principio di affidamento<sup>41</sup>: così l'art. 145 c.d.s.

Rimanendo al contesto medico, una menzione speciale meritano le *check list* operatorie, cioè sequenze di verifiche il cui adempimento va normalmente annotato "spuntando" in un modulo i passaggi già compiuti, così da non affidare alla mera memoria degli operatori la responsabilità circa l'esaurività dei controlli necessari. Non è raro che tali controlli abbiano di fatto ad oggetto la condotta di un altro partecipante alla medesima attività, con l'effetto di limitare l'operatività del principio di affidamento. Esistono comunque esempi di soluzioni equilibrate, che contemperano in misura accettabile le diverse istanze in gioco.

Ci si riferisce, ad esempio, al documento denominato «Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico», n. 2/2008 del Ministero della Salute. Nel disciplinare dettagliatamente la «Procedura per il conteggio sistematico dei materiali chirurgici e per il controllo della loro integrità», il documento in menzione prevede: «Il conteggio ed il controllo dell'integrità dello strumentario deve essere effettuato dal personale infermieristico (strumentista, infermiere di sala) o da operatori di supporto, preposti all'attività di conteggio. Il chirurgo verifica che il conteggio sia stato eseguito e che il totale di garze utilizzate e rimanenti corrisponda a quello delle garze ricevute prima e durante l'intervento».

Proprio questa procedura è stata posta alla base di una condivisibile pronuncia di archiviazione del G.I.P. del Tribunale di Vercelli del 2015<sup>42</sup>, che, pur senza mai menzionare esplicitamente il principio di affidamento, ha considerato insussistente la responsabilità penale contestata al chirurgo a capo dell'*équipe*, il quale si era limitato a verificare che il conteggio (effettivamente errato) fosse stato fatto e che non risultassero anomalie.

Tuttavia, in Cassazione si è subito dopo affermato un orientamento più rigoroso, volto di fatto ad eludere ripartizioni di competenza come quella realizzata dalla «raccomandazione» poc'anzi richiamata. Per consentire la punibilità del chirurgo è bastato ricostruire un'autonoma regola cautelare, consistente nell'obbligo di verificare con attenzione il campo operatorio prima di procedere alla sua chiusura: se il chirurgo vi si fosse dedicato – si dice – avrebbe

pp. 78 ss.

<sup>37</sup> Per autorevoli conferme, PADOVANI (1969), pp. 836 e 837; DOLCINI (1979), pp. 257 ss. e 273 ss.; in argomento, con particolare riferimento al contesto sanitario, ampiamente, VENEZIANI (2003), pp. 321 ss.

<sup>38</sup> In particolare, CAPUTO (2012), p. 918. In senso analogo, ad esempio, CORNACCHIA (2013), p. 1232; MASSARO (2013), pp. 388 e 389; MIGLIO e FERRI (2015), p. 485; SILVA (2017), p. 481 (anche nota 114).

<sup>39</sup> Per un più compiuto sviluppo di queste perplessità, sia consentito il rinvio a MATTHEUDAKIS (2018), pp. 1249 ss.

<sup>40</sup> Sia in merito consentito rinviare, più che altro per gli opportuni riferimenti bibliografici, a MATTHEUDAKIS (2016), pp. 571 ss.

<sup>41</sup> Lo riconosce, di recente, Cass. pen., Sez. IV, 23 ottobre 2018, n. 54001 (punto 6 del «Considerato in diritto»): «alcune norme del Codice della Strada sembrano estendere al massimo l'obbligo di attenzione e prudenza, sino a ricomprendervi il dovere dell'agente di prospettarsi le altrui condotte irregolari».

<sup>42</sup> G.I.P. Trib. Vercelli, (ord.) 24 luglio 2015. Per un ampio commento della pronuncia, MIGLIO (2016).

rilevato la permanenza della garza nel corpo della paziente<sup>43</sup>.

## 6. Considerazioni conclusive, ma anche di apertura a percorsi alternativi: le buone pratiche come concetto di genere, inclusivo delle linee guida, a prescindere dal loro accreditamento formale; la perdurante vitalità dell'art. 2236 c.c.

All'esito di questa panoramica sulle immaginabili declinazioni della normativa del 2017 in ambito plurisoggettivo, sembra possibile affermare che l'ipotesi di escludere la responsabilità penale per colpa relazionale lieve in applicazione dell'art. 590-*sexies* c.p. si basa su percorsi ermeneutici plausibili, anche alla luce dei principi di diritto formulati dalle Sezioni unite della Cassazione. Realisticamente, non è però così probabile che i "sentieri" fin qui tracciati vengano effettivamente percorsi fino in fondo. Da un lato, perché si tratta comunque di adattare, non senza criticità, una disciplina concepita avendo in mente di incidere sull'errore medico in senso stretto, immaginando di poter così intervenire direttamente a monte sul problema della sovraesposizione giudiziaria penale del sanitario. Dall'altro lato, perché la nuova disciplina, più in generale, quindi non solo con riferimento alle ipotesi relazionali, rischia di finire per operare entro spazi particolarmente angusti, nonostante lo sforzo delle Sezioni unite della Cassazione abbia cercato di ridarle interpretativamente maggior linfa applicativa.

Si potrebbe osservare che, se ha fallito nel tentativo di limitare la responsabilità penale una disciplina come quella del d.l. Balduzzi, non si vede come possa avere maggior successo quella attuale, che è stata giudicata meno favorevole<sup>44</sup> ed è vincolata a requisiti che potrebbero rivelarsi asfissianti.

Si consideri peraltro che, a tre anni dall'entrata in vigore della riforma "Gelli-Bianco", le linee guida formalmente accreditate sono soltanto sette; erano tre fino a febbraio 2020. Non può pertanto essere negato il rischio che le dinamiche d'*équipe* rimangano ampiamente disciplinate dall'art. 43 c.p., che consente ancora la punibilità della colpa lieve, realtà – come si sa – dai confini non sempre nitidi rispetto alla responsabilità oggettiva.

È così che, *de iure condito*, può risultare di particolare utilità vagliare due prospettive ermeneutiche tutt'altro che scontate, ma non per questo prive di validi argomenti: una "interna" all'art. 590-*sexies* c.p. e l'altra "esterna", nel senso che si va subito ad esplicitare.

Non volendo rinunciare a sfruttare ogni potenzialità applicativa della disciplina introdotta nel 2017, si potrebbe "lavorare" sul concetto di «buone pratiche clinico-assistenziali» e sulla sua ampia "capacità" semantica. Tale concetto sembra poter ricomprendere non solo prassi per nulla "codificate", ma anche, ad esempio, protocolli e *checklist* e non è forse nemmeno distinguibile sul piano ontologico da quello di linee guida. In assenza di linee guida formalmente accreditate, risulta pertanto legittimo ipotizzare, col conforto di autorevole dottrina medico-legale<sup>45</sup>, che si possano "far passare" per buone pratiche anche documenti espressamente nominati linee guida, ma che non abbiano ricevuto un formale accreditamento, purché, ovviamente, le relative raccomandazioni siano «adeguate alle specificità del caso concreto».

La via qui prospettata è già stata imboccata dalla giurisprudenza di merito in uno dei primissimi casi noti di effettiva applicazione dell'art. 590-*sexies*, 2° c., c.p. Il Tribunale di Parma<sup>46</sup> ha così assolto un medico di pronto soccorso che non era pervenuto tempestivamente alla (complessa) diagnosi di un *ictus* ischemico determinante pesantissime e permanenti ripercussioni sulla salute della paziente. Il giudice ha seguito proprio la strada delle buone pratiche a fronte del tendenziale rispetto da parte del medico dei contenuti di un documento adottato localmente, il «Percorso trombolisi E.V.»; documento giudicato «un vero e proprio protocollo o addirittura una cosiddetta *check list*». Naturalmente, per poter applicare la disciplina codici-

<sup>43</sup> Cass., Sez. IV, 25 maggio 2016, n. 34503.

<sup>44</sup> Così le stesse Sezioni unite: Cass. pen., Sez. un., 21 dicembre 2017, n. 8770 (punto 12 del «Considerato in diritto»).

<sup>45</sup> Si vedano FIORI e MARCHETTI (2013), in particolare p. 570, riferendosi alla disciplina del 2012, che però già menzionava esplicitamente sia linee guida che buone pratiche: «La nuova normativa, se non sarà dichiarata incostituzionale, potrà agire ulteriormente in questa direzione, richiamando esplicitamente ad ogni esercente le professioni sanitarie la necessità di avvalersi delle "buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica" che includono ovviamente, quando esistano relativamente allo specifico caso, le linee guida, o altre autorevoli indicazioni tecnico-professionali».

<sup>46</sup> Trib. Parma, 18 dicembre 2018, n. 1584. Per un commento, sia consentito rinviare a MATTHEUDAKIS (2019), in particolare al § 9.

stica di recente introduzione il giudice ha ravvisato anche gli altri requisiti necessari: un grado lieve di colpa, riconducibile all'imperizia e avente carattere esecutivo.

Anche nella giurisprudenza di legittimità è affiorata – anzi, da un po' va ripetendosi la medesima massima, riconducibile al Consigliere Emanuele Di Salvo – la consapevolezza che le buone pratiche possano rappresentare, nell'immediato, una necessaria valvola di sfogo della pressione giudiziaria sui sanitari: «Ai fini dell'applicabilità dell'articolo 590-*sexies* del c.p., in mancanza di linee-guida approvate ed emanate mediante il procedimento di cui all'articolo 5 della legge n. 24 del 2017, può farsi richiamo alle linee-guida attualmente vigenti, considerandole alla stregua di buone pratiche clinico-assistenziali, pur nella consapevolezza che si tratta di una opzione ermeneutica non agevole ove si consideri che le linee guida differiscono notevolmente, sotto il profilo concettuale, prima ancora che tecnico-operativo, dalle buone pratiche clinico-assistenziali, sostanziandosi in raccomandazioni di comportamento clinico, sviluppate attraverso un processo sistematico di elaborazione concettuale, volto a offrire indicazioni utili ai medici nel decidere quali sia il percorso diagnostico-terapeutico più appropriato in specifiche circostanze cliniche»<sup>47</sup>.

Guardando invece al di fuori della disciplina della legge “Gelli-Bianco”, non può lasciare indifferenti la sempre più frequente rivalutazione della regola contenuta nell'art. 2236 c.c.

Come è noto, esso è concepito per la responsabilità civile del prestatore d'opera, che viene esclusa in tutti i casi in cui vi siano da risolvere «problemi tecnici di speciale difficoltà», a meno che non emerga il dolo o la colpa grave. Si tratta di una disposizione la cui perdurante attualità in sede penale testimonia tutti i limiti di impostazioni legislative come quelle del 2012 e del 2017, incapaci di incidere sul “palcoscenico” principale.

Se ne potrebbe pensare un'applicazione (ancorché *indiretta*, come sostiene la giurisprudenza, che parla di «principio di razionalità e regola di esperienza cui attenersi nel valutare l'addebito di imperizia») <sup>48</sup> estesa pure alle dinamiche relazionali della responsabilità colposa, rispetto alle quali, a ben vedere, pare poter trovare una lineare declinazione. Sembra infatti ragionevole ammettere che nei casi di speciale difficoltà, almeno tendenzialmente, ognuno dovrebbe potersi concentrare particolarmente sulle mansioni che gli spettano in proprio, quindi rispetto alle carenze di attenzione nei confronti dell'errore altrui si potrebbe essere più tolleranti.

---

## Bibliografia

ABRALDES, Fabio (2010), *Delito imprudente y principio de confianza* (Santa Fe, Rubinzal-Culzoni)

BELFIORE, Elio (1986): “Profili penali dell'attività medico-chirurgica in équipe”, *Archivio penale*, pp. 265-300

BLAIOTTA, Rocco (2012): “La responsabilità medica: nuove prospettive per la colpa”, *Diritto penale contemporaneo*, 5 novembre, pp. 1-12

CAFAGGI, Fabrizio (1996): *Profili di relazionalità della colpa. Contributo ad una teoria della responsabilità extracontrattuale* (Padova, Cedam)

CALETTI, Gian Marco (2019): “La Cassazione alle prese con il “post-Mariotti”: precisazioni “metodologiche” in tema di prova scientifica, linee guida e apprezzamento della responsabilità penale del sanitario”, *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, pp. 289-301

<sup>47</sup> Tra le ultime pronunce in tal senso, Cass. pen., Sez. IV, 21 marzo 2019, n. 28102.

<sup>48</sup> È opportuno fare ancora una volta riferimento alle Sezioni unite della Cassazione (Cass. pen., Sez. un., 21 dicembre 2017, n. 8770, punto 10.1 del «Considerato in diritto»), che hanno fatto propria una sensibilità più volte manifestatasi all'interno della IV Sezione penale alle potenzialità della disposizione civilistica in questione: «tralasciando l'ormai sopito dibattito sulla non diretta applicabilità del precetto al settore penale per la sua attinenza alla esecuzione del rapporto contrattuale o al danno da responsabilità aquiliana, merita di essere valorizzato il condivisibile e più recente orientamento delle sezioni penali che hanno comunque riconosciuto all'art. 2236 la valenza di principio di razionalità e regola di esperienza cui attenersi nel valutare l'addebito di imperizia, qualora il caso concreto imponga la soluzione del genere di problemi sopra evocati ovvero qualora si versi in una situazione di emergenza».

CALETTI, Gian Marco, MATTHEUDAKIS, Matteo Leonida (2017): “Una prima lettura della legge “Gelli-Bianco” nella prospettiva del diritto penale”, *Diritto penale contemporaneo – Rivista trimestrale*, 2, pp. 84-108

CALETTI, Gian Marco, MATTHEUDAKIS, Matteo Leonida (2017): “La Cassazione e il grado della colpa penale del sanitario dopo la riforma “Gelli-Bianco”, *Diritto penale e processo*, pp. 1369-1379

CALETTI, Gian Marco, MATTHEUDAKIS, Matteo Leonida (2018): “La fisionomia dell’art. 590-*sexies* c.p. dopo le Sezioni Unite tra “nuovi” spazi di graduazione dell’imperizia e “antiche” incertezze”, *Diritto penale contemporaneo*, 2, pp. 25-46

CANEPA, Andrea (2011): *L'imputazione soggettiva della colpa. Il reato colposo come punto cruciale nel rapporto tra illecito e colpevolezza* (Torino, Giappichelli)

CAPUTO, Matteo (2012): “Filo d’Arianna o flauto magico? Linee guida e *checklist* nel sistema della responsabilità per colpa medica”, *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, pp. 875-923

CAPUTO, Matteo (2017): *Colpa penale del medico e sicurezza delle cure* (Torino, Giappichelli)

CAPUTO, Matteo (2019): “Le ‘sabbie mobili’ dell’imperizia e la ‘viscosità’ dell’art. 590-*sexies* c.p. Considerazioni *de lege lata* e *de lege ferenda*”, *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, pp. 443-461

CASTRONUOVO, Donato (2009): *La colpa penale* (Milano, Giuffrè)

CASTRONUOVO, Donato (2013): “La colpa “penale”. Misura soggettiva e colpa grave”, *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, pp. 1723-1759

CENTONZE, Francesco, CAPUTO, Matteo (2016): “La risposta penale alla *malpractice*: il dedalo di interpretazioni disegnato dalla riforma Gelli-Bianco”, *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, pp. 1361-1369

CORNACCHIA, Luigi (2004): *Concorso di colpe e principio di responsabilità penale per fatto proprio* (Torino, Giappichelli)

CORNACCHIA, Luigi (2011): “La cooperazione colposa come fattispecie di colpa per inosservanza di cautele relazionali”, in BERTOLINO, Marta, EUSEBI, Luciano, FORTI, Gabrio (a cura di), *Studi in onore di Mario Romano* (Napoli, Jovene), pp. 821-846

CORNACCHIA, Luigi (2013): “Responsabilità penale da attività sanitaria in *équipe*”, *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, pp. 1219-1237

CUPELLI, Cristiano (2016): “La colpa lieve del medico tra imperizia, imprudenza e negligenza: il passo avanti della Cassazione (e i rischi della riforma alle porte)”, *Diritto penale contemporaneo*, 27 giugno

CUPELLI, Cristiano (2017): “La responsabilità penale degli operatori sanitari e le incertezze della legge Gelli-Bianco”, *Cassazione penale*, pp. 1765-1778

DE FRANCESCO, Giovannangelo (2012): “L’imputazione della responsabilità penale in campo medico-chirurgico: un breve sguardo d’insieme”, *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, pp. 953-975

DI LANDRO, Andrea Rocco (2004): “I criteri di valutazione della colpa penale del medico, dal limite della “gravità” *ex art.* 2236 c.c. alle prospettive della *gross negligence* anglosassone”, *Indice penale*, pp. 733-769

DI LANDRO, Andrea Rocco (2005): “Vecchie e nuove linee ricostruttive in tema di responsabilità penale nel lavoro medico d’*équipe*”, in *Rivista trimestrale di diritto penale dell’economia*, pp. 225-272

DI LANDRO, Andrea Rocco (2012): *Dalle linee guida e dai protocolli all'individualizzazione della colpa penale nel settore sanitario. Misura oggettiva e soggettiva della malpractice* (Torino, Giappichelli)

DOLCINI, Emilio (1979): *La commisurazione della pena. La pena detentiva* (Padova, Cedam)

DONINI, Massimo (2013): "L'elemento soggettivo della colpa. Garanzie e sistematica", *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, pp. 124-156

FIORI, Angelo, MARCHETTI, Daniela (2013): "L'articolo 3 della legge Balduzzi n. 189/2012 ed i vecchi e nuovi problemi della medicina legale", *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, pp. 563-572

FORTI, Gabrio, CATINO, Maurizio, D'ALESSANDRO, Francesco, MAZZUCATO, Claudia, VARRASO, Gianluca (a cura di) (2010): *Il problema della medicina difensiva* (Pisa, Edizioni ETS)

FORTUNATO, Giulio (2017): "Ancora sui rapporti tra il principio di affidamento ed équipe medica", *Diritto penale contemporaneo*, 5, pp. 31-49

GATTA, Gian Luigi (2013): "Colpa medica e linee-guida: manifestamente inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 3 del decreto Balduzzi sollevata dal Tribunale di Milano", *Diritto penale contemporaneo*, 9 dicembre

GIRANI, Rebecca (2018): "Uno sguardo alla giurisprudenza di legittimità sulla responsabilità penale del sanitario a quasi un anno dalla pronuncia delle Sezioni Unite", *Responsabilità medica. Diritto e pratica clinica*, pp. 437-446

GIUNTA, Fausto (1993): *Illiceità e colpevolezza nella responsabilità colposa* (Padova, Cedam)

GIUNTA, Fausto (2013): "Il reato colposo nel sistema delle fonti", in DONINI, Massimo, ORLANDI, Renzo (a cura di), *Reato colposo e modelli di responsabilità* (Bologna, Bononia University Press), pp. 69-100

MANES, Vittorio (2018): "Dalla "fattispecie" al "precedente": appunti di "deontologia ermeneutica"", *Diritto penale contemporaneo*, 17 gennaio, pp. 1-33

MANNA, Adelmo (2014): *Medicina difensiva e diritto penale. Tra legalità e tutela della salute* (Pisa, Pisa University Press)

MANTOVANI, Marco (1997): *Il principio di affidamento nella teoria del reato colposo* (Milano, Giuffrè)

MANTOVANI, Marco (1997): "Alcune puntualizzazioni sul principio di affidamento", *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, pp. 1051-1060

MARAVÉR GÓMEZ, Mario (2009), *El principio de confianza en derecho penal. Un estudio sobre la aplicación de autorresponsabilidad en la teoría de la imputación objetiva* (Cizur Menor, Civitas)

MARINUCCI, Giorgio, MARRUBINI, Gilberto (1968): "Profili penalistici del lavoro medico-chirurgico in équipe", *Temi*, pp. 217-240

MASSARO, Antonella (2011): "Principio di affidamento e "obbligo di vigilanza" sull'operato altrui: riflessioni in materia di attività medico-chirurgica in équipe", *Cassazione penale*, 2011, pp. 3857-3871

MASSARO, Antonella (2013): *La responsabilità colposa per omesso impedimento di un fatto illecito altrui* (Napoli, Jovene)

MASSARO, Antonella (2017): "L'art. 590-sexies c.p., la colpa per imperizia del medico e la camicia di Nesso dell'art. 2236 c.c.", *Archivio penale* (web), 3, pp. 1-52

MATTHEUDAKIS, Matteo Leonida (2016): *Il principio di affidamento nella dialettica cautelare tra datore di lavoro e lavoratore: un argine al paternalismo?*, in MANTOVANI, Marco, CURI, Francesca, TORDINI CAGLI, Silvia, TORRE, Valeria, CAIANIELLO, Michele (a cura di), *Scritti in onore di Luigi Stortoni* (Bologna, Bononia University Press), pp. 571-584

MATTHEUDAKIS, Matteo Leonida (2018): “Prospettive e limiti del principio di affidamento nella “stagione delle riforme” della responsabilità penale colposa del sanitario”, *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, pp. 1220-1257

MATTHEUDAKIS, Matteo Leonida (2019): “Colpa medica e legge Gelli-Bianco: una prima applicazione giurisprudenziale dell’art. 590-sexies, co. 2, c.p.”, *Diritto penale contemporaneo*, 9 aprile

MIGLIO, Mattia (2016): “I medici chirurghi non rispondono delle garze abbandonate nel corpo di un paziente”, *Giurisprudenza penale* (web), 10, pp. 1-15

MIGLIO, Mattia, FERRI, Filippo (2015): “Trattamento medico plurisoggettivo diacronico e profili di relazionalità dell’elemento colposo”, *Rivista penale*, pp. 480-487

PADOVANI, Tullio (1969): “Il grado della colpa”, *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, pp. 819-893

PIRAS, Paolo (2012): “In culpa sine culpa. Commento all’art. 3 I co. l. 8 novembre 2012 n. 189”, *Diritto penale contemporaneo*, 26 novembre, pp. 1-5

PALAZZO, Francesco (2010): “Causalità e colpa nella responsabilità medica (categorie dogmatiche e evoluzione sociale)”, *Cassazione penale*, pp. 1229-1240

PIRAS, Paolo (2019): “L’accertamento della colpa medica nella giurisprudenza post Mariotti”, *Diritto penale contemporaneo*, 18 gennaio, pp. 1-10

PULITANÒ, Domenico (2017): *Diritto penale*, 7<sup>a</sup> ed. (Torino, Giappichelli)

RISICATO, Lucia (2013): *L’attività medica di équipe tra affidamento ed obblighi di controllo reciproco. L’obbligo di vigilare come regola cautelare* (Torino, Giappichelli)

RISICATO, Lucia (2017): “Vecchi e nuovi circoli viziosi in tema di colpa penale del medico”, *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, pp. 1515-1534

ROIATI, Alessandro (2012): *Medicina difensiva e colpa professionale medica in diritto penale. Tra teoria e prassi giurisprudenziale* (Milano, Giuffrè)

ROMANO, Mario (2010): “Tavola Rotonda del 5 giugno 2009”, in FORTI, Gabrio, CATINO, Maurizio, D’ALESSANDRO, Francesco, MAZZUCATO Claudia, VARRASO, Gianluca (a cura di), *Il problema della medicina difensiva* (Pisa, Edizioni ETS), pp. 111-198

ROXIN, Claus (1963): *Täterschaft und Tatherrschaft* (Hamburg, de Gruyter)

SACKETT, David L., ROSEMBERG, William M.C., GRAY, J.A. Muir, HAYNES, R. Bryan, RICHARDSON, W. Scott (1996), “Evidence based medicine. What it is and what it isn’t”, *British Medical Journal*, 312, pp. 71-72.

SALE, Claudia (2013): “Il versante innocentista dell’agente modello: una sentenza in materia di responsabilità dei responsabili di una casa di riposo per omesso impedimento del suicidio di una paziente affetta da depressione”, *Diritto penale contemporaneo*, 17 maggio

SANTANGELO, Alessandra (2018), “Profili attuali della soggezione del giudice alla “legge” e della vincolatività del precedente”, *Diritto penale contemporaneo – Rivista trimestrale*, 4, pp. 50-64

SCHIAVO, Marika (2019): “La persistente imprevedibilità delle pronunce sulla colpa medica a due anni dall’entrata in vigore della legge Gelli-Bianco”, *Diritto penale contemporaneo*, 5, pp. 5-30

SCOLETTA, Marco (2013): “Rispetto delle linee guida e non punibilità della colpa lieve dell’operatore sanitario: la “norma penale di favore” al giudizio della Corte costituzionale”, *Diritto penale contemporaneo*, 29 marzo

SILVA, Chiara (2017): “Responsabilità colposa e principio di affidamento. La controversa applicazione nell’attività medica di *équipe*”, in AMBROSETTI, Enrico Mario (a cura di), *Studi in onore di Mauro Ronco* (Torino, Giappichelli), pp. 455-482

STRATENWERTH, Günter (1961): “Arbeitsteilung und ärztliche Sorgfaltspflicht”, in BOCKELMANN, Paul, GALLAS, Wilhelm (hrsg.), *Festschrift für Eberhard Schmidt* (Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht) pp. 383-400

VALLINI, Antonio (2001): “Cooperazione e concause in ipotesi di trattamento sanitario “diacronicamente plurisoggettivo””, *Diritto penale e processo*, pp. 477-486

VENEZIANI, Paolo (2003): “I delitti contro la vita e l’incolumità individuale”, II (I delitti colposi), in MARINUCCI, Giorgio, DOLCINI, Emilio (diretto da), *Trattato di diritto penale – Parte speciale*, III (Padova, Cedam)



Diritto Penale Contemporaneo

R I V I S T A   T R I M E S T R A L E

---

REVISTA TRIMESTRAL DE DERECHO PENAL  
A QUARTERLY REVIEW FOR CRIMINAL JUSTICE

<http://dpc-rivista-trimestrale.criminaljusticenetwork.eu>