

## CAPITOLO I

# SISTEMA SANITARIO E COLPA PENALE, ALLA RICERCA DI UN CENTRO DI GRAVITÀ PERMANENTE

SOMMARIO: 1. Sbagliando s'impara? Il 'privilegio' dei medici. – 2. Dinamiche e cambiamenti del rapporto di cura, dal testamento di Ippocrate alla 'contrattualizzazione' delle prestazioni assistenziali. – 3. La dimensione organizzativa dell'errore clinico nelle politiche sanitarie. – 4. Camici bianchi sotto assedio. – 5. "Fatti e fattoidi" nel diritto penale della medicina. – 6. *E pluribus unum, ex uno plures*. La frammentazione delle colpe nel campo penale. – 7. Dalla 'sicurezza sul lavoro' alla 'sicurezza delle cure'. Un nuovo bene giuridico quale parte integrante della tutela della salute. – 8. I rischi del taylorismo in sanità e i nuovi orizzonti della *slow medicine* e della medicina narrativa. – 9. Dal paternalismo *dei* medici al paternalismo *sui* medici. Le 'spinte gentili' della prevenzione generale positiva, sulla scia dell'uso regolativo del diritto.

### 1. *Sbagliando s'impara? Il 'privilegio' dei medici*

In un saggio sull'errore umano in medicina, si riporta lo sfogo di un medico, che osserva scorato:

«Tante categorie di lavoratori sono accomunate da un grande privilegio, quello della possibilità di sbagliare in buona fede, di commettere piccoli e grandi errori senza dover rendere conto alla giustizia penale e senza, per questo, essere esposti come malfattori alla gogna mediatica». «È veramente un paradosso, o meglio una dolorosa contraddizione che proprio coloro che dedicano la propria vita e ogni minuto del lavoro quotidiano ad alleviare le sofferenze altrui, con risultati inimmaginabili fino a pochi anni orsono, siano oggetto di tanto giustizialismo. È innegabile che i principali sentimenti che animano ancora la maggior parte dei giovani che decidono di intraprendere la professione di medici sono il desiderio e la convinzione di poter fare qualcosa

di utile per gli altri, di offrire ciò di cui tutti prima o poi hanno bisogno: un aiuto e un sollievo nelle pene della malattia»<sup>1</sup>.

Si direbbe che il motto *errare humanum est* non valga per i medici. Eppure un tempo non era così: l'esito infausto e lo sbaglio del sanitario erano avvolti da un'aura di diffusa comprensione e generale indulgenza, sentimenti che filtravano nelle camere di consiglio e spiegavano numerosi verdetti assolutori. Com'è possibile che, nel breve volgere di alcune decadi, si sia giunti a un capovolgimento tale per cui il professionista della salute sperimenta oggi una sensazione di assedio, che non lo lascia sereno nella tessitura della relazione di cura, inducendolo ad adottare pratiche di c.d. medicina difensiva per allontanare lo spettro di possibili rovesci giudiziari?<sup>2</sup>.

Il fenomeno è ormai ampiamente noto anche alla pubblica opinione: il sanitario dispone accertamenti inutili e dispendiosi, quando non inappropriati, che incidono negativamente sui bilanci del sistema sanitario, onde preconstituirsì una base documentale che lo aiuti a dimostrare, in caso di peggioramento della patologia e di re-azioni legali, che si è comportato alla stregua del medico modello, facendo tutto quanto era necessario per evitare complicazioni, insuccessi, decorsi imprevisi.

Una costruzione dell'«apparenza del fare», espressione di un atteggiamento iper-prudenziale, con il quale il medico si pone oltre la cautela doverosa, correndo financo il rischio di tradirla o di violarne altre, e incarna schemi di comportamento clinico nei fatti contrasse-

<sup>1</sup> Cfr. F. PETRINI-P. INNOCENTI-L. LORENZINI, *Il concetto dell'errore umano in medicina*, in AA.VV., *Sicurezza in sala operatoria*, Pescara, 2012, p. 74.

<sup>2</sup> Il problema della medicina difensiva è ormai di dominio pubblico. Anche la dottrina penalistica se n'è occupata per le preoccupanti ripercussioni che scarica su vari profili di responsabilità del medico. Cfr. A. MANNA, *Medicina difensiva e diritto penale. Tra legalità e tutela della salute*, Pisa, 2014; F. D'ALESSANDRO, *Contributi del diritto alla riduzione della medicina difensiva*, in *Riv. it. med. leg.*, 2014, pp. 927 ss.; A. VALLINI, *Paternalismo medico, rigorismi penali, medicina difensiva: una sintesi problematica e un azzardo de iure condendo*, in *Riv. it. med. leg.*, 2013, pp. 1 ss.; A. ROIATI, *Medicina difensiva e colpa professionale medica in diritto penale. Tra teoria e prassi giurisprudenziale*, Milano, 2012; Id., *Medicina difensiva e responsabilità per colpa medica*, in *Riv. it. med. leg.*, 2011, pp. 1125 ss.; G. ROTOLO, «*Medicina difensiva*» e giurisprudenza in campo penale: un rapporto controverso, in *Dir. pen. proc.*, 2012, pp. 1259 ss.; L. EUSEBI, *Medicina difensiva e diritto penale «criminogeno»*, in *Riv. it. med. leg.*, 2011, pp. 1085 ss.; R. BARTOLI, *I costi «economico-penalistici» della medicina difensiva*, in *Riv. it. med. leg.*, 2011, pp. 1107 ss.; G. FORTI-M. CATINO-F. D'ALESSANDRO-C. MAZZUCATO-G. VARRASO (a cura di), *Il problema della medicina difensiva*, Pisa, 2010.

gnati da un malinteso precauzionismo – la prudenza non è mai troppa! – che mirano ad accreditare nel paziente prima, e nel giudice poi, l'idea di un medico reale modello ... più del medico modello<sup>3</sup>.

## 2. *Dinamiche e cambiamenti del rapporto di cura, dal testamento di Ippocrate alla 'contrattualizzazione' delle prestazioni assistenziali*

In principio era il testamento di Ippocrate, la vocazione all'apprendimento di un'arte specifica, la cura dell'uomo malato. Dopo una lunga iniziazione, fatta di studi e conoscenze acquisite sul campo, il medico professava di essere pronto a destinare il resto dell'esistenza ad alleviare le sofferenze di chi a lui si rivolgeva. Un'autentica missione, condizionata a un'unica richiesta: l'ottenimento di una totale dedizione del sofferente a seguire le prescrizioni impartite, poiché la capacità di diagnosi e il discernimento dei vantaggi e svantaggi della terapia appartenevano al patrimonio di scienza privata dell'esperto.

Evoluzione (o degenerazione) dell'approccio ippocratico, il modello paternalistico ha nutrito atteggiamenti direttivi autoritari e di sufficienza nei confronti del paziente, con un medico che, *ratione artis*, si è auto-attribuito la capacità di prendere decisioni pienamente razionali e nell'esclusivo interesse del malato<sup>4</sup>. Il paternalismo sanitario ha imposto una sorta di regressione infantile della persona assistita, al quale non riconosce autonomia e soggettività, e viene conseguita sfruttando linguaggi criptici ed enfatizzando l'asimmetria informa-

---

<sup>3</sup> Cfr. S. GROSSO, *Alla ricerca di una prospettiva di individuazione delle regole cautelari. Un dialogo tra diritto sostanziale e processuale*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2016, p. 184.

<sup>4</sup> *«I have an M.D. from Harvard, I am board certified in cardio-thoracic medicine and trauma surgery, I have been awarded citations from seven different medical boards in New England, ... So I ask you: when someone goes into that chapel and they fall on their knees and they pray to God that their wife doesn't miscarry or that their daughter doesn't bleed to death or that their mother doesn't suffer acute neural trauma from postoperative shock, who do you think they're praying to? Now, go ahead and read your Bible, and you go to your church, and, with any luck, you might win the annual raffle, but if you're looking for God, he was in operating room number two on November 17, and he doesn't like to be second guessed. You ask me if I have a God complex. Let me tell you something: I am God»*. Così esclamava nel film "Il sospetto" (*Malice*, 1993, Canada-Stati Uniti, diretto da Harold Becker) il dr. Jed Hill, esperto chirurgo, interpretato da un sulfureo Alec Baldwin, durante un processo per *malpractice*.

tiva che sbilancia l'equilibrio tra i due protagonisti della relazione terapeutica.

L'esito infausto non scalfiva l'autorevolezza del clinico, una specie di sciamano depositario di verità ultime, che dispensava i misteri di un'arte occulta ai comuni mortali, resi deboli e vulnerabili dalla malattia, senza che smentite diagnostiche o errori terapeutici potessero autorizzare alcuna rimostranza da parte dei destinatari del 'verbo'. La morte fluiva nel novero degli accadimenti naturali e, se il curante falliva, non vi era colpa, bensì fatalità: le cose non sarebbero potute andare diversamente e l'errore professionale veniva concepito come un «disgraziato fardello della scienza medica», un'arte complicata e priva di un elenco tassativo di soluzioni<sup>5</sup>.

Una migliore consapevolezza dei propri diritti, incoraggiata dalla 'scoperta' della libertà morale e del suo precipitato pratico più noto – il consenso informato – cui sommare la crisi dei rapporti di autorità e una diffusa circolazione dei saperi clinici, oggi facilmente attingibili attraverso la consultazione *online* anche da parte di non addetti ai lavori – l'inquietante 'dott. Google' ... – ha decretato la fine del paternalismo, e fatto acquisire ai pazienti/utenti il convincimento di non poter essere esautorati dall'assunzione di decisioni che incidono direttamente su beni personalissimi.

Il rapporto medico/paziente ambisce a essere paritetico, almeno sotto il profilo delle valutazioni comparative dei costi e dei benefici che discendono dalle diverse opzioni terapeutiche. Si fa largo una medicina contrattualizzata, mutuata dalla tradizione anglosassone, dove imperano sistemi di *welfare* meno universalistici del nostro e dove, al fondo della relazione tra assistente e assistito, sta un contratto, con il quale si raggiunge un'intesa su contenuti e modi di una determinata prestazione professionale.

Lo squilibrio paternalistico viene rimodulato attraverso l'agire contrattuale e l'enfasi sull'autonomia e sulla completezza informativa, anche se il costo da pagare è il cedimento a un'esecuzione talvolta supina dei desideri del consumatore di un servizio, che, oltre ad alimentare la medicina difensiva, mette in secondo piano il significato profondo dell'impegno alla cura, da intendersi, in prima battuta, come capacità di essere solidale e sentirsi coinvolto nella domanda di aiuto di un uomo che soffre. Più sottilmente, dietro il paradigma contrattualista si cela una doppia sfiducia, un conflitto tra medico e paziente

---

<sup>5</sup>Tale espressione, usata nella sentenza emessa il 18 luglio 1919 dal Tribunale di Lecce, è citata da A. FIORI, *Medicina legale della responsabilità medica*, Milano, 1999, p. 245.

sospettosi l'uno dell'altro, congelato dal raggiungimento di un accordo.

Il modello contrattuale poggia su basi eccessivamente individualistiche e legalistiche, che promuovono una visione consumeristica, dove la guarigione o il miglioramento della patologia assumono i contorni di beni di scambio in un mercato delle prestazioni sanitarie. Trascura che l'assistenza medica avviene in un rapporto denso di speranze, di rabbia, di legami, e che la relazione di cura è una relazione sociale tra le più cariche di senso, rappresenta una costruzione culturale, riflette il contesto all'interno del quale trova realizzazione, costituisce uno spazio critico di azione per le persone in momenti particolarmente delicati ed emotivamente sensibili delle loro vite, mette alla prova la capacità di adattamento agli eventi avversi, è una palestra per l'autodeterminazione, un luogo in cui si affrontano e si misurano potere e sapere, in cui le emozioni si fronteggiano, in cui l'uomo si prende cura dell'uomo<sup>6</sup>.

Il paradigma della cura rivela l'attenzione morale verso la vulnerabilità del singolo paziente. Mette in disparte l'interesse tecnico per la malattia e chiede al medico capacità di ascolto, di compassione ed empatia nei confronti del sofferente. Nell'esperienza della malattia finiscono così per emergere tre dimensioni chiave: quella oggettiva (*disease*), concentrata su diagnosi e cura, di competenza strettamente sanitaria; quella soggettiva (*illness*), che include i rapporti affettivi e la qualità della vita; e quella sociale (*sickness*), che rimanda alla percezione sociale della malattia, ovvero al campo di azione delle organizzazioni assistenziali<sup>7</sup>.

Nell'attuale sistema sanitario, la dimensione ippocratica convive con quella paternalistica e con quella contrattualistica, in competizione tra loro. I tre modelli – altri potrebbero proporsene – devono fare i conti con i profondi rivolgimenti che hanno investito le professioni della salute, trasformandone i contenuti e le corrispondenti forme di responsabilità.

Per fare un esempio, fino agli albori del XX secolo i malati venivano solitamente curati a domicilio e gli strumenti diagnostici di cui disponevano i medici erano sostanzialmente confinati al c.d. 'occhio clinico' e all'esame obiettivo.

Questa situazione costituiva il presupposto per l'esistenza di sen-

---

<sup>6</sup> Cfr. A. GAWANDE, *Con cura. Diario di un medico deciso a fare meglio*, tr. di A. NADOTTI, Torino, 2008; I. ILLICH, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, tr. di D. BARBONE, Milano, 2004.

<sup>7</sup> Cfr. M.E.P. SELIGMAN, *Imparare l'ottimismo*, tr. di F. INNOCENTI, Firenze, 2015, pp. 364 ss.

sibili differenze nei trattamenti sanitari, tant'è che ancora nel secondo dopoguerra in dottrina si suggeriva di parametrare la colpa al luogo di lavoro del medico, di modo che «il medico condotto che viva in un piccolo paese, lontano da centri di studio, senza la possibilità di tenersi al corrente delle scoperte scientifiche più recenti (...) non è tenuto a conoscere queste ultime»<sup>8</sup>.

I grandi progressi della medicina degli ultimi decenni, la crescente tecnicizzazione e specializzazione delle attività mediche e la sostituzione dell'assistenza domiciliare con quella ospedaliera – si pensi ai parti, che una volta avvenivano in casa – unitamente all'urbanizzazione della popolazione, hanno radicalmente mutato il quadro delle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e fatto cessare l'isolamento dei clinici, abituati a lavorare in assenza di colleghi esperti di altre discipline con i quali confrontarsi e cooperare.

Il lavoro del medico s'iscrive oggi nel sistema delle 'cure sanitarie' e la 'professione' viene ridisegnata come ruolo, come funzione che interagisce con altri ruoli e funzioni, in seno a un sistema che presiede all'organizzazione e segmentazione delle varie attività: accesso, esami di laboratorio, turni *etc.* Il rapporto tra curante e curato si assottiglia, fino a far temere la spersonalizzazione: perno della medicina ippocratica e paternalistica, viene spesso rimpiazzato dalla relazione tra il sistema della cura e l'ambiente che lo ospita. Il paziente entra in contatto con un sanitario condizionato dall'organizzazione del lavoro impressa dalla struttura di appartenenza, e chiamato a fronteggiare, nell'aliquota delle proprie responsabilità professionali, crescenti e nuovi bisogni, così compendiabili:

– l'aumento della domanda di assistenza, prestazioni e servizi della popolazione anziana, che sancisce l'inversione della piramide demografica e la crisi della famiglia tradizionale;

– il passaggio, epidemiologicamente epocale, dalle malattie acute a quelle cronico-degenerative multifattoriali, che si curano senza speranza di guarigione;

– l'aumento della domanda di prestazioni riabilitative come conseguenza di traumatismi e infortuni, e di esiti invalidanti di malattie croniche;

– la crescente medicalizzazione non solo di malattie organiche, ma anche di disagi psicologici e sociali;

– livelli consistenti di morbosità e disabilità da malattie psichiatriche, neurologiche, genetiche e muscolo-scheletriche;

---

<sup>8</sup> Cfr. G. CATTANEO, *La responsabilità del professionista*, Milano, 1958, p. 295.

– la prolungata sopravvivenza di stati vegetativi, resa possibile dalle recenti tecniche di sostegno vitale, i trapianti multipli, le tecniche di fecondazione assistita, la bioingegneria e le cure palliative per i malati inguaribili.

Si tratta di bisogni che incrociano un insieme di cambiamenti relativi al modo di concepire e praticare le professioni sanitarie, tra i quali mette conto rilevare:

– la frammentazione e la moltiplicazione dell’offerta di oltre centocinquanta competenze specialistiche;

– la crescita vorticoso delle tecnologie per immagini e il tramonto del ragionamento clinico al letto del malato, sostituito dal ricorso alle linee guida;

– i condizionamenti del *marketing* pubblicitario sanitario e para-sanitario e le pressioni della sanità privata, dei *broker* assicurativi e dei produttori di farmaci e dispositivi tecnologici;

– l’aziendalizzazione della sanità, con il proposito di dare risposta al tema della sostenibilità economica di prestazioni necessarie e diffuse;

– l’aumento nei cittadini della cultura dell’indennizzo e del risarcimento di fronte a episodi di danni, veri o presunti, provocati dai medici;

– la diffusione di pratiche di c.d. medicina difensiva, come reazione alle accuse di *malpractice* che espongono il medico ai fronti della responsabilità penale, civile, disciplinare, amministrativa, contabile<sup>9</sup>.

Più in generale, nelle società occidentali può lamentarsi una precaria educazione alla salute della popolazione, accompagnata dall’esaltazione di un controverso diritto al suo mantenimento *sine die* e a qualunque costo, e in difetto di alcun tipo di dovere che non sia il pagamento delle imposte volte a finanziare il sistema sanitario.

Nei confronti dell’esperienza della malattia, si registra un altro profondo cambiamento. L’uomo contemporaneo sembra disposto ad accettare psicologicamente la morte che sia conseguenza di rischi volontariamente assunti (nelle pratiche sportive estreme, nella somministrazione di sostanze alcoliche e stupefacenti, nella circolazione stradale). Lo è meno nei confronti di eventi infausti scaturiti da patologie in ordine alle quali l’arte medica ha disatteso la promessa del-

---

<sup>9</sup>Per una ricognizione circa i cambiamenti e le tendenze che investono il mondo dell’assistenza sanitaria cfr. criticamente I. CAVICCHI, *Questione medica. I nuovi conflitti fra società, economia e sanità*, in S. ALEO-R. DE MATTEIS-G. VECCHIO (a cura di), *Le responsabilità in ambito sanitario*, I, Padova, 2014, pp. 1 ss.

l'onnipotenza, nutrita da un progresso tecnico e scientifico che ha raggiunto traguardi senza precedenti. Cresciuto in una società 'analgesica', che rifiuta l'esperienza del dolore e conferma la profezia foucaultiana dell'allontanamento dello sguardo da eventi perturbanti, l'uomo contemporaneo è sospinto a esorcizzare la paura della fine, conseguente a un trattamento terapeutico, imputandola al soggetto che lo ha realizzato, sospettato di aver tradito la fiducia nelle meravigliosi sorti e progressive della medicina, commettendo l'errore che ha nociuto al paziente<sup>10</sup>.

### 3. La dimensione organizzativa dell'errore clinico nelle politiche sanitarie

Il massimo: perseguire le cure della malattia senza mettere a rischio la sicurezza del malato. Da sempre è questo l'obiettivo che anima l'arte medica, che pur deve scontare l'ambiguità di incessanti progressi pagati con i danni collaterali propri di una branca del sapere umano che non può non procedere per tentativi ed errori. Una branca che persegue la sicurezza non rinunciando a essere fonte di rischio (τό φάρμακον è insieme medicamento e veleno), e che fino a poco tempo fa manifestava scarsa propensione ad affrontare il tema dell'errore clinico, oltre che per comprensibili ragioni corporative, a motivo della difficoltà di indicizzarlo e definirlo, e per la scarsa circolazione di dati utilizzabili per discussioni e revisioni. Senza contare che non tutti gli errori medici si traducono in danni e non tutti i danni che un paziente può subire nella cura sono riconducibili a errori medici.

Qualcosa è cambiato, aderendo a una data convenzionale per la storia della medicina, nel 1999, anno di pubblicazione del rapporto "*To err is human. Building a safer health system*", compilato dall'*Institute of Medicine* (IoM). Un rapporto deflagrante, che ha segnato un cambio di paradigma nella concezione dell'errore, sensibilizzando l'opinione pubblica e stimolando in tutto il mondo studi e iniziative finalizzati ad aumentare la sicurezza nelle sale operatorie (e non solo), mercé la riduzione del numero di errori ivi commessi.

---

<sup>10</sup> Cfr. C. TERNYNK, *L'uomo di sabbia*, tr. di M. PORRO, Milano, 2012, p. 109, per il quale la morte viene oggi percepita come un "accidente" del vivente, che si può sempre imputare a un errore tecnologico o medico, passibile di risarcimento. "Morire", dice Claude Javeau, "è il risultato di un errore di programmazione nella felicità occidentale"!».

Il rapporto denunciava il fenomeno della *malpractice* e delle morti evitabili negli ospedali americani, e criticava l'impatto economico delle spese aggiuntive dovute agli errori, la diminuzione dei ricavi e della produttività del sistema sanitario, nonché la corruzione di un fondamentale bene immateriale, la (perdita di) fiducia dei pazienti, cui associare l'insoddisfazione dei curanti, frustrati dall'impossibilità di garantire la miglior assistenza possibile.

Rilevato che poche sono le risorse destinate alla formazione e alla prevenzione dell'errore, e che questo manifesta una genesi primariamente organizzativa, l'IoM propose alcune strategie per diffondere una inedita cultura della sicurezza delle cure, tuttora valide:

1) l'istituzione di un'agenzia governativa deputata a fissare gli standard di sicurezza, a organizzare programmi di ricerca e sviluppo, a gestire un osservatorio nazionale degli errori in sanità;

2) lo sviluppo di un sistema di raccolta delle denunce volontarie degli eventi avversi, al quale le aziende sanitarie devono contribuire incentivando i propri operatori al *self-reporting*, onde favorire un meccanismo di apprendimento continuo dall'errore;

3) la programmazione di interventi sulle organizzazioni sanitarie, sui processi di accreditamento e sulle associazioni dei pazienti<sup>11</sup>.

La pietra miliare del rapporto sta in una nuova concezione dell'errore in sanità, che smette di essere considerato il portato di una colpa individuale e assume la sostanza di un episodio culminante, risultato di una catena di fattori, tra i quali il contributo umano figura come anello finale, senza esprimere necessariamente il maggior coefficiente di paternità dell'evento.

L'obiettivo non è più quello di isolare i colpevoli, bensì di rimuovere le condizioni di rischio, indotte da *deficit* organizzativi, che hanno congiurato nella produzione dell'accadimento lesivo. Si prende atto che l'errore umano è inevitabile, ma è compito dell'organizzazione creare un ambiente di lavoro nel quale i medici svolgano l'attività professionale in condizioni di sicurezza per loro e per i pazienti.

Per costruire un sistema sanitario meno vulnerabile all'errore occorre la cooperazione di tutti gli operatori sanitari e, come detto, tale collaborazione si concreta primariamente, sulla falsariga delle acquisizioni maturate nel campo dell'aeronautica civile, nell'autodenuncia di errori come base per l'apprendimento individuale e organizzativo.

---

<sup>11</sup> Per un commento dei punti di forza e di debolezza del rapporto v. P. INNOCENTI, *La sicurezza in sala operatoria: inquadramento*, in AA.VV., *Sicurezza in sala operatoria*, cit., pp. 17 ss.

I frutti del rapporto non si sono fatti attendere. La sicurezza delle cure è diventata materia di studio. Sono fiorite pubblicazioni e corsi universitari e sono state intraprese azioni specifiche da parte delle organizzazioni sanitarie che hanno condotto all'introduzione di apposite strutture ospedaliere deputate all'analisi e al contenimento del rischio clinico.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dapprima proposto la *World alliance for patient safety* (2004), manifestando la volontà degli Stati di potenziare gli sforzi per costruire una cultura della sicurezza attraverso una formazione *ad hoc* degli operatori, quindi ha pubblicato le *Guidelines for Safe Surgery* (2009), con le quali si espongono gli obiettivi che il *team* chirurgico deve conseguire perché l'intervento venga svolto in condizioni di sicurezza e le indicazioni per impiegare in modo efficace le *check list* di sala operatoria.

Nel 2006 l'OCSE ha diffuso il volume *Indicators for Patient Safety*: uno strumento di indagine sulla sicurezza in sanità che fotografa lo stato dell'arte nei Paesi membri.

Dal canto suo, il Consiglio d'Europa, nel 2008, ha varato le *Recommendations on management of patient safety and prevention of adverse events in health care*, contenenti una serie di istruzioni per rendere il più possibile omogenea l'azione di prevenzione negli Stati destinatari. L'Unione Europea, con il *Patient safety package*, pubblicato il 19 giugno 2014, ha mostrato gli sforzi compiuti dagli Stati membri sul versante della sicurezza delle cure, dando conto del livello di avanzamento delle azioni richieste nella Raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea 2009/C 151/01 (9 giugno 2009). Del maggio 2014, invece, è il Rapporto della Commissione Europea in tema di *Reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe*.

In Italia, e nell'impossibilità di segnalare tutte le iniziative regionali e i rilevanti apporti delle società scientifiche, si ricorda come il Ministero della Salute abbia istituito nel 2003 la 'Commissione tecnica sul rischio clinico', che ha prodotto un documento nel quale vengono esaminate alcune tradizionali aree sensibili, come il rischio clinico da farmaco, gli errori nella medicina da laboratorio, la sicurezza nell'uso del sangue, il rischio nella diagnostica, la comunicazione e l'impiego di tecnologie per la riduzione degli errori. Sempre nel 2003 sono nate le 'Unità operative di *risk management*', che nel 2012 risultano attive nella quasi totalità delle Asl.

È del 10 gennaio 2007 il decreto di istituzione del 'Sistema nazionale di riferimento per la sicurezza dei pazienti', con attività di osservatorio per la sicurezza dei pazienti, che opera sviluppando program-

mi annuali approvati dal Ministero, allo scopo di garantire la sorveglianza e lo scambio di informazioni nella materia della sicurezza delle cure, mentre nel 2009 il Ministero ha pubblicato il 'Manuale per la sicurezza in sala operatoria: raccomandazioni e *check list*'.

Sempre nel 2007 l'Agenzia nazionale per la sicurezza e i servizi regionali (AGE.NA.S) ha fornito alle Asl i modelli di raccolta dei dati sui sinistri, per l'analisi dei processi critici e per la segnalazione dei c.d. eventi sentinella e degli eventi avversi. Nel 2008 l'Agenzia ha inaugurato l'«Osservatorio di buone pratiche per la sicurezza dei pazienti», volto a facilitare la circolazione delle esperienze di successo nella gestione del rischio clinico da parte delle strutture sanitarie delle diverse regioni, che vengono raccolte in un archivio nazionale di agevole consultazione *on line*.

Nello stesso anno la 'Conferenza Stato-Regioni' ha istituito un 'Comitato strategico per la sicurezza delle cure', mentre con d.m. 5 novembre 2008 hanno preso avvio i lavori della 'Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali'.

Per venire ai giorni nostri, la legge 8 marzo 2017, n. 24, la c.d. legge Gelli-Bianco, recante 'Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario', dedica l'art. 1 alla 'Sicurezza delle cure in sanità':

- «1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.
2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.
3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle aziende sanitarie pubbliche è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale»<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup>V. anche l'art. 2, che istituisce i Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, e l'art. 3 che istituisce l'Osservatorio della sicurezza in sanità. La l. Gelli-Bianco è la seconda legge organica sulla *patient safety* in Europa. A fare da apripista è stato l'*Act for Patient Safety* entrato in vigore in Danimarca nel 2004, e con il quale la normativa italiana esibisce diversi punti di contatto, soprattutto sul versante del *reporting* degli errori. In tema v. M. LUNDGAARD-L. RABOEL-E. BROEGGER JENSEN-J. ANHOEJ-B.L. PEDERSEN, *The Danish patient safety experience: the Act of Patient Safety in the Danish health care system*, in *Italian Journal of Public Health*, 2005, 3-4, pp. 64 ss.

Come si ricava da questo breve elenco, il tema della sicurezza delle cure è al centro dell'agenda delle politiche sanitarie nazionali e internazionali. Eppure, nonostante l'enfasi sulla prevenzione dell'errore, sulla corresponsabilità delle organizzazioni sanitarie nella genesi e nel contrasto degli eventi avversi, e sulla sensibile contrazione dei casi di morti evitabili che la cultura della sicurezza delle cure ha fatto guadagnare dal 1999, nell'opinione pubblica la percezione della *malpractice* sembra aumentata, e con essa la sensazione dei medici di essere sotto tiro: agli sforzi per garantire una migliore qualità dell'assistenza e ai risultati ottenuti ha corrisposto una maggiore sfiducia dei pazienti, che sfocia nell'innescò di procedimenti giudiziari contro il personale sanitario e spiega le reazioni difensive di quest'ultimo.

#### 4. *Camici bianchi sotto assedio*

E se fosse un *bluff*? La 'crisi da *malpractice*', già sperimentata a più riprese negli Stati Uniti, in Gran Bretagna e in Francia, pare dilagare anche in Italia. I *media* descrivono una situazione dove errori chirurgici, analisi errate, terapie inadeguate – in due parole, 'cattiva o mala-sanità' – non risparmiano alcuna area della penisola, senza che i medici 'paghino il fio' della loro approssimazione, mentre un'altra narrazione, di segno completamente opposto, vede agguerrite pattuglie di camici bianchi proporre corsi di sopravvivenza contro un rischio giudiziario perenne e pervasivo. In mezzo, si fa per dire, si collocano i *cahiers de doléances* delle imprese assicuratrici che segnalano continui balzi in avanti nelle statistiche sui costi associati ai risarcimenti per errore medico<sup>13</sup>. Un clima di paura, da *bellum omnium contra omnes*, nel quale – com'è stato argutamente osservato – «eventi apparentemente di facile verificabilità e misurabili in maniera og-

---

<sup>13</sup>V. l'ottava edizione del *REPORT MEDMAL. Studio sull'andamento del rischio da medical malpractice nei clienti sanitari pubblici*, pubblicato dalla società MARSH e facilmente scaricabile da *Internet*. I dati rivelano una media di 29 c.d. sinistri per struttura italiana nel 2015, per un totale di 13.239 sinistri dal 2004 al 2015, per una media annua di sinistri pari a 1.143. L'evento più frequente è quello collegato all'attività chirurgica (pari al 34,5%), seguito dagli errori diagnostici (18,7%) e da quelli terapeutici (12,3%). Le cadute accidentali sono il 10%, mentre le infezioni rappresentano il 5,7% del campione e gli errori da parto quasi il 4% (sebbene siano tra gli eventi più rilevanti dal punto di vista economico). Il costo totale dell'intero database di sinistri è maggiore di 1,334 miliardi di euro, con un costo medio per sinistro pari a 97.207 euro.

gettiva tendono ad essere trasformati in “fattoidi”, cioè in dati con una parvenza di oggettività, utilizzati per costruire interpretazioni funzionali a giustificare le condotte dei principali attori e a sostenere le loro soluzioni preferite»<sup>14</sup>.

La provocazione merita di essere coltivata fino in fondo, e si sviluppa lungo quattro direttrici, in grado – se non di rovesciare l’usuale spiegazione della medicina difensiva come reazione all’*overload* di denunce, e insieme fattore di crisi del sistema sanitario e della relazione medico-paziente – di dimensionarne la portata senza interessati allarmismi, anche al fine di comprendere se e in che modo un’eventuale ritrazione del penale dall’orbita della responsabilità professionale possa in concreto favorire la riconduzione del fenomeno a proporzioni accettabili.

I assunto:

«La stragrande maggioranza delle vittime di un “danno ingiusto” nel corso di assistenza sanitaria non avanza alcuna richiesta di compensazione e soltanto una percentuale esigua di questi persegue le vie legali. Tuttavia, una quota significativa di azioni legali ad un’attenta analisi preliminare si rivela infondata per l’assenza di un danno dimostrabile e/o per la mancanza di evidenze di condotte negligenti»<sup>15</sup>.

Le evidenze messe a disposizione relativizzano l’opinione maggioritaria, che dipinge una popolazione avida e dedita a coltivare azioni legali infondate, e individuano nella ricerca di una spiegazione esauriente dell’accaduto, nella richiesta al medico e all’organizzazione di una partecipazione all’evento che li ha colpiti, e nella induzione di cambiamenti volti a impedire il ripetersi di eventi analoghi, le motivazioni che risolvono vittime e congiunti a dare avvio a un’azione legale.

---

<sup>14</sup> Cfr. F. TARONI, *Fatti e fattoidi sulla responsabilità professionale in sanità*, in R. BALDUZZI (a cura di), *La responsabilità professionale in ambito sanitario*, Bologna, 2010, p. 615, che rincara la dose: «La costruzione di mondi artificiali paralleli a sostegno delle proprie argomentazioni è resa più agevole in Italia dal prevalere dell’aneddotica sui dati e dalla carenza di analisi indipendenti per produrre informazioni utilizzabili per elaborare politiche efficaci per la responsabilità professionale, in grado cioè di garantire la compensazione equa e tempestiva dei “danni ingiusti” in corso di assistenza sanitaria e, contemporaneamente, di esercitare un’azione preventiva sul loro ripetersi».

<sup>15</sup> Cfr. F. TARONI, *Fatti e fattoidi sulla responsabilità professionale in sanità*, cit., p. 616.

## II assunto:

«Le periodiche crisi assicurative riguardo a premi, ampiezza della copertura e disponibilità dell'offerta sembrano principalmente ascrivibili a fattori endogeni, addebitabili al c.d. "ciclo assicurativo", anche se vengono generalmente giustificate con fattori esogeni, come l'aumento della frequenza e/o della gravità degli eventi avversi»<sup>16</sup>.

Non sarebbe dunque da trascurare l'impatto esercitato dalla volatilità dei mercati finanziari e dalle strategie generali di mercato delle compagnie assicurative, fattori i cui effetti sono accreditati di superare, e di molto, l'epidemiologia della *malpractice*.

## III assunto:

«La giurisprudenza italiana in materia di responsabilità civile in ambito sanitario ha presentato negli anni un andamento erratico riguardo alla definizione del danno riconoscibile, accertamento del nesso di causalità, identificazione della condotta "colpevole", interpretazione dell'onere della prova e distribuzione della responsabilità fra operatori e struttura sanitaria».

I *trend* espansivi della giurisprudenza civile, sensibile alle esigenze di protezione del danneggiato attraverso il ricorso alla controversa figura della responsabilità da c.d. 'contatto sociale'<sup>17</sup>, rischiano di far perdere di vista che un inquadramento esclusivamente contrattuale del rapporto medico-paziente, anche per i vizi denunciati *supra*, mostra ormai la corda ed entra in concorrenza con «la tendenza ad assorbire la responsabilità professionale del singolo medico nell'ambito della più ampia responsabilità istituzionale delle organizzazioni sanitarie presente in alcune elaborazioni dottrinarie che si ispirano alla *enterprise e/o no-fault liability*», e che appare «più coerente con l'evoluzione della medicina moderna, oltre ad offrire opportunità per facilitare l'esigibilità dei diritti dei pazienti, rendere più efficiente il mercato assicurativo e favorire un'organizzazione efficace per la prevenzione del rischio»<sup>18</sup>.

---

<sup>16</sup> Cfr. F. TARONI, *Fatti e fattoidi sulla responsabilità professionale in sanità*, cit., p. 620.

<sup>17</sup> Sulla configurabilità di un rapporto obbligatorio senza obbligo primario di prestazione, impossibile non rinviare a C. CASTRONOVO, *La nuova responsabilità civile*, Milano, 2006, pp. 443 ss.

<sup>18</sup> Cfr. F. TARONI, *Fatti e fattoidi sulla responsabilità professionale in sanità*, cit., pp. 621 s.

#### IV assunto:

«La percezione veicolata dai *media*, alimentata dalle compagnie assicurative e apparentemente condivisa dall'opinione pubblica di un aumento della frequenza e della gravità dei danni imputabili a condotte negligenti degli operatori sanitari non sembra ad oggi sostanziata dalle peraltro scarse evidenze empiriche disponibili». Si osserva, al riguardo, che i dati raccolti da Ania e da fonti regionali sulla sinistrosità si rivelano contraddittori tra loro. Per fare un esempio, le evidenze regionali dicono che il 72% dei sinistri è stato liquidato per cifre inferiori ai 50.000 euro, e che l'89% delle richieste di compensazione è stato liquidato in sede extragiudiziale con un tempo medio di 3 anni e 4 mesi, contro i 15 anni riportati da Ania. Un segnale in controtendenza rispetto «ai luoghi comuni consolidati da una attenzione concentrata esclusivamente su pochi eventi eccezionali»<sup>19</sup>.

A ben vedere, le quattro tesi (i cui dati andrebbero verificati alla luce di rilevazioni più recenti) non scalfiscono il ricorso incrementale a meccanismi di difesa da parte dei medici, come reazione alla prospettiva di subire i tempi e i costi di un'azione giudiziaria. Fanno però emergere il ruolo concorrente dei *media* e delle imprese assicuratrici nella creazione di un clima di reciproca sfiducia tra medici e pazienti, dipingendo un allarme sociale contraddetto da un'analisi più pacata delle evidenze raccolte<sup>20</sup>. E, tra queste, un indubbio interesse è rivestito dalle statistiche relative al contenzioso penale, autentico spauracchio che attenta all'esercizio lucido e sereno delle professioni sanitarie.

### 5. "Fatti e fattoidi" nel diritto penale della medicina

Il dettame di un diritto penale ancorato ai fatti implica, come noto, che le indagini empirico-criminologiche siano indispensabili nell'elaborazione di una politica criminale efficace, perché rivolta a incidere virtuosamente sulla realtà di fenomeni complessi<sup>21</sup>.

---

<sup>19</sup> Cfr. F. TARONI, *Fatti e fattoidi sulla responsabilità professionale in sanità*, cit., pp. 624 s.

<sup>20</sup> Sul ruolo distorto dei *media* cfr. C.E. PALIERO, *La maschera e il volto (percezione sociale del crimine ed 'effetti penali' dei media)*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2006, pp. 467 ss.; G. FORTI-M. BERTOLINO (a cura di), *La televisione del crimine*, Milano, 2005; e, nel settore sanitario, L. NOCCO, *Mass media e responsabilità sanitaria: «tanto peggio per i fatti»*, in *Riv. it. med. leg.*, 2011, pp. 1291 ss.

<sup>21</sup> Sui rapporti tra indagini empirico-criminologiche e scelte di politica crimi-

Negli ultimi anni il diritto e il processo penale hanno fornito le stampelle per sorreggere istanze civilistiche claudicanti, bisognose del contributo di risorse tecniche, economiche e simboliche che l'azione penale dispensa a chi voglia innescarla. Dietro la denuncia nei confronti di un medico, si stagliano opzioni di strategia processuale dei sedicenti danneggiati dall'ipotesi di reato, intenzionati ad avvantaggiarsi delle prerogative connesse alla costituzione di parte civile e a sfruttare le potenzialità dell'azione civile esercitata nel procedimento penale, dove penetrano valutazioni di 'economia processuale' che attingono al risarcimento del danno, alla possibilità di appoggiarsi gratuitamente sui consulenti del p.m., all'uso del giudicato penale nel giudizio civile.

Appetibilità strumentale dell'azione penale a parte, la frazione dei procedimenti civili per *malpractice* risulta di gran lunga più sostanziosa, e fa leva sull'adozione di uno stile interpretativo da parte delle corti civili che nel tempo ha assunto tratti tutt'altro che indulgenziali nei confronti dei medici e delle strutture sanitarie convenute in giudizio, discostandosi non poco dalle soluzioni di una giurisprudenza penale che, soprattutto nell'ultimo periodo, si è mostrata più rigorosa di un tempo nella prova del nesso di causalità e della colpa in campo sanitario<sup>22</sup>.

Potrà alle prime apparire strano, ma uno dei motivi più robusti che militano a favore del passo indietro del penale dal fascio delle responsabilità professionali del medico, riposa nel numero assai contenuto di condanne definitive per casi di *malpractice*.

A tal proposito, si è autorevolmente sostenuta l'opportunità di sdrammatizzare l'argomento della medicina difensiva come fomite di un trattamento penalistico di riguardo per i camici bianchi. L'avvertenza poggia su dati che fanno scricchiolare la convinzione di un enorme aumento di processi penali a carico dei sanitari in dipendenza da eventi avversi occorsi ai pazienti da costoro assistiti<sup>23</sup>.

L'esame delle sentenze penali depositate dalla Corte di Cassazione negli anni 2013-2014-2015 restituisce un quadro sorprendente. Si scopre che «a fronte di un esercito di medici (si parla di cifre prossi-

---

nale cfr. G. FORTI, *L'immane concretezza. Metamorfofi del crimine e controllo sociale*, Milano, 2010, pp. 86 ss.

<sup>22</sup> Cfr. l'indagine condotta e commentata da M. ROSSETTI, *Responsabilità sanitaria e tutela della salute*, in *Quaderni del Massimario della Corte Suprema di Cassazione*, 2, 2011.

<sup>23</sup> Cfr. C. BRUSCO, *Valutazioni critiche su alcuni aspetti della c.d. legge Balduzzi*, in *Dir. pen. proc.*, 2015, p. 743.

me ai 250.000) che svolgono la loro delicata attività in Italia il numero di casi che pervengono al giudizio di legittimità è limitato a poche decine»<sup>24</sup>.

Per tacere di altre pur interessanti e congiunte rilevazioni, i casi di ricorso dell'imputato o del responsabile civile che vedono una conferma della sentenza di condanna impugnata sono stati 35 nel 2013, 27 nel 2014, 27 nel 2015.

A tali evidenze, che scontano i proscioglimenti *ex d.l.* Balduzzi, occorre sommare i casi di prescrizione dichiarata dal giudice di merito o dalla stessa Cassazione, una volta superato il vaglio di ammissibilità del ricorso; e il numero di procedimenti penali nei quali sia l'udienza preliminare sia i gradi di merito svolgono una decisiva funzione selettiva, che impedisce alla notizia di reato di arrivare sul tavolo dei giudici di legittimità.

La presenza di filtri lungo il cammino e il vaglio attento della Corte regolatrice rendono la prospettiva della condanna del medico una eventualità statisticamente modesta, che mette in dubbio la critica di eccessiva severità rivolta alla magistratura di legittimità in materia di responsabilità medica.

L'autore della ricerca osserva che la gran parte dei processi riguarda casi di negligenza, non di imperizia, e che l'imprudenza è ipotesi rarissima. Non sembrerebbe la medicina difensiva a spingere i camici bianchi di fronte al giudice penale<sup>25</sup>. Va peraltro osservato come il medico non tema tanto di subire una condanna penale, quanto di essere esposto a un procedimento penale che ne condizioni per lungo tempo vita e carriera, subendo i «fieri tormenti dell'incertezza»<sup>26</sup>. L'alea penale nello svolgimento di un'attività socialmente necessaria incide sul piano reputazionale, e prima ancora sulla serenità professionale, e rappresenta l'anticamera per ottenere risarcimenti che possono preludere a impegnative azioni di regresso da parte delle

---

<sup>24</sup> Cfr. C. BRUSCO, *Informazioni statistiche sulla giurisprudenza di legittimità in tema di responsabilità medica*, in [www.penalecontemporaneo.it](http://www.penalecontemporaneo.it), 14 luglio 2016. Si è peraltro opportunamente osservato come tali dati siano muti rispetto all'immensa mole di procedimenti penali avviati in primo grado, più o meno fondati, e chiusi 'prasseologicamente' dal risarcimento dei danni versato dalle assicurazioni. Così O. DI GIOVINE, *Colpa penale, "Legge Balduzzi" e "Disegno di Legge Gelli-Bianco": il matrimonio impossibile tra diritto penale e gestione del rischio clinico*, in *Cass. pen.*, 2017, p. 390, nota 14.

<sup>25</sup> Cfr. C. BRUSCO, *Informazioni statistiche sulla giurisprudenza di legittimità in tema di responsabilità medica*, cit.

<sup>26</sup> V. la celebre espressione di C. BECCARIA, *Dei delitti e delle pene*, edizione a cura di F. VENTURI, Torino, 1994, p. 47 (§ XIX).

organizzazioni sanitarie di appartenenza. Pratiche di medicina difensiva si spiegano allora come il tentativo, oltre che di favorire un proscioglimento nel merito, di allontanare gli spettri delle statuizioni civili sfavorevoli nel processo penale e della responsabilità erariale e disciplinare.

L'esiguo numero di condanne dà forza all'interrogativo sulla reale necessità di mantenere la *malpractice*, tutta la *malpractice*, nell'area di rischio penale. Il modesto rigore sanzionatorio che si appunta nei confronti dei sanitari, insieme con la lezione maturata in altri ordinamenti<sup>27</sup>, dove la pena interviene solo per i casi di colpa medica ... 'allarmante', costituisce uno degli argomenti più solidi per autorizzare un drastico contenimento della risorsa penale nel campo della sanità. In altre parole, sembra proprio che nell'area sanitaria circoli un impiego della pena criminale che esibisce i tratti di un'*extrema ratio in action* (il carcere per il medico accusato di colpa medica è un'eventualità così remota da lambire l'inconsistenza), sì da deporre a favore di esplicite prese di posizione legislative, finalmente capaci di relegare il rimprovero penale ai soli casi di dolo e colpa grave<sup>28</sup>.

## 6. E pluribus unum, ex uno plures. *La frammentazione delle colpe nel campo penale*

L'obiettivo politico-criminale del 'punire la *malpractice* solo per colpa grave' rientra in un'ampia riflessione sui destini del reato colposo d'evento, negli ultimi anni sottoposto a forti tensioni, ben tracciate negli studi degli specialisti, inclini a studiare la colpa nelle sue 'parti speciali', attraverso una considerazione differenziata delle varie forme, che suffraga il congedo da un concetto unitario, ritenuto anacronistico e insoddisfacente perché incapace di dare conto delle peculiari manifestazioni della colpa nei diversi settori di attività intrinsecamente o eventualmente rischiose<sup>29</sup>.

---

<sup>27</sup> V. *infra*, par. III.1.

<sup>28</sup> Sull'enorme e intollerabile divario tra penalità minacciata, penalità agita e penalità sofferta cfr. M. DONINI, *Non punibilità e idea negoziale*, in *Ind. pen.*, 2001, pp. 1035 ss. Il rischio di una condanna ha una frequenza medio-bassa, il rischio dell'esecuzione di una pena carceraria rasenta il caso di scuola, al punto che per le ipotesi di *malpractice* non circostanziata si è parlato di «depenalizzazione di fatto» e di «uso simbolico del diritto penale». Così A. ROIATI, *Medicina difensiva e colpa professionale medica in diritto penale*, cit., p. 35.

<sup>29</sup> In generale, sull'opportunità di nozioni differenziate di colpa, cfr. M. DONI-

Ha preso piede un esame analitico delle tipologie di colpa penale distinte in rapporto alle forme di responsabilità colposa elaborate nella prassi giurisprudenziale, per come emergono nei principali settori 'merceologici'. Dei vari universi colposi, tre, più di altri, hanno tradizionalmente attirato l'attenzione degli studiosi: la c.d. colpa medica convive con la c.d. colpa stradale e con la c.d. colpa lavorativa<sup>30</sup>. Alle tre proiezioni corrispondono altrettanti statuti disciplinari che attestano il polimorfismo dell'illecito colposo: gli artt. 42 e 43 c.p. rappresentano una comune base di partenza, dalla quale dipartono itinerari di regolamentazione autonomi, che solo saltuariamente presenterebbero elementi di convergenza.

Di seguito, la colpa medica verrà messa in dialogo con le altre fenomenologie per cogliere la sua asserita unicità e, al contempo, per verificare l'esistenza di linee di tendenza che possano dirsi trasversali alle regioni dei *crimina culposa*, ridimensionando la temuta diaspora.

Cominciando dai rapporti con la colpa lavorativa, una prima differenza riguarda il rilievo assegnato alla individuazione dei garanti. Nei contesti connotati da un'organizzazione di stampo aziendale, la selezione del soggetto gravato dal debito della garanzia diventa uno snodo fondamentale per approdare a una ripartizione delle responsabilità conforme al principio della personalità della responsabilità penale.

---

NI, *Teoria del reato. Una introduzione*, Padova, 1996, pp. 334 ss., in relazione, per esempio, all'emersione di profili differenziati di *culpa facti vs. culpa iuris*, oltre che di colpa in contesto lecito vs. illecito, etc. V. anche, ID., *L'elemento soggettivo della colpa. Garanzie e sistematica*, in M. DONINI-R. ORLANDI (a cura di), *Reato colposo e modelli di responsabilità*, Bologna, 2013, pp. 231 ss.; D. CASTRONUOVO, *Responsabilità colposa e sicurezza del lavoro. Dalla colpa alle colpe*, in M. MANTOVANI-F. CURI-S. TORDINI CAGLI-V. TORRE-M. CAIANIELLO (a cura di), *Scritti in onore di L. Stortoni*, Bologna, 2016, pp. 165 ss.; S. CANESTRARI-L. CORNACCHIA-G. DE SIMONE, *Manuale di diritto penale. Parte generale*, Bologna, 2017, pp. 466 s. Il fenomeno della parcellizzazione delle colpe, con riferimento all'attività medica, è stato censito ultimamente anche da A. MASSARO, *L'art. 590-sexies c.p., la colpa per imperizia del medico e la camicia di Nesso dell'art. 2236 c.c.*, in [www.archiviopenale.it](http://www.archiviopenale.it), 18 settembre 2017, p. 2; A. ROIATI, *La colpa medica dopo la legge "Gelli-Bianco": contraddizioni irrisolte, nuove prospettive ed eterni ritorni*, in [www.archiviopenale.it](http://www.archiviopenale.it), 21 luglio 2017, p. 2; L. RISCATO, *Il nuovo statuto della colpa medica: un discutibile progresso nella valutazione della responsabilità del personale sanitario*, in [www.lagegislazionepenale.eu](http://www.lagegislazionepenale.eu), 7 giugno 2017, pp. 3 ss.; G.M. CALETTI-M.L. MATTHEUDAKIS, *Una prima lettura della legge "Gelli-Bianco" nella prospettiva del diritto penale*, in *Dir. pen. cont. - Riv. trim.*, 2/2017, pp. 87 s.

<sup>30</sup> Cfr. l'accurata indagine, estesa alle attività sportive, condotta da P. VENEZIANI, *I delitti contro la vita e l'incolumità individuale*, Tomo II, *I delitti colposi*, *Trattato di diritto penale, Parte speciale*, diretto da G. MARINUCCI-E. DOLCINI, Milano, 2003.