

# LA METAMORFOSI DELLA COLPA MEDICA NELL'ERA DELLA PANDEMIA\*

Lucia Risicato



SOMMARIO 1. Le illogicità manifeste della disciplina della colpa penale del medico. — 2. La pandemia come emergenza caratterizzata da un rischio strutturalmente colposo. — 3. L'estraneità dell'art. 590 *sexies* c.p. all'emergenza coronavirus: a) l'assenza di linee guida. — 4. *Segue*: b) la difficile qualificazione dell'imperizia e l'impossibile bilanciamento tra adeguatezza delle cure e caso concreto. — 5. Conflitto di doveri e stato di necessità. — 6. Il necessario coinvolgimento dei vertici delle strutture sanitarie: il futuro della responsabilità medica è la colpa di organizzazione? Uno sguardo alla Corte EDU. — 7. A proposito della colpa *grave* del medico.

## 1. Le illogicità manifeste della disciplina della colpa penale del medico

Il territorio della colpa penale del medico, da sempre congestionato, è interessato – dal 2012 ad oggi – da avvicendamenti normativi oscuri, che hanno creato cause di non punibilità di applicazione improbabile e in nessun modo idonee a deflazionare i numerosi processi penali in materia. Con la legge n. 189 del 2012 l'ossimoro *in culpa sine culpa* prende corpo attraverso una causa di non punibilità che vede il medico osservante eppure in colpa *lieve*. Vengono introdotti, per la prima volta, parametri eterogenei per la valutazione della responsabilità: le linee guida e le buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica diventano regole *eventualmente* cautelari sulla cui base commisurare il grado della colpa del sanitario, che per la prima volta si modula su gradazioni quantitativo-assiologiche di non facile individuazione. È la giurisprudenza a dare più precisa fisionomia all'art. 3, comma 1, della legge Balduzzi, prima estendendone l'ambito di applicazione anche alle ipotesi di negligenza e imprudenza, poi stabilendo la natura elastica del rapporto sincretico tra linee guida e regole precauzionali<sup>1</sup>, infine legando la definizione dell'entità del

---

\* Il presente scritto è destinato al *Liber Amicorum* di Adelmo Manna.

<sup>1</sup> Cfr. l'importante Cass. pen., Sez. IV, sent. 29 gennaio – 9 aprile 2013, n. 16237, Cantore, in *Dir. pen. proc.*, cit., con nota di L. RISICATO (*Linee guida e imperizia "lieve" del medico dopo la l. 189/2012: i primi orientamenti della Cassazione*), e in [www.penalecontemporaneo.it](http://www.penalecontemporaneo.it) con nota di A. ROIATI (*Il ruolo del sapere scientifico e l'individuazione della colpa lieve nel cono d'ombra della prescrizione*).

rimprovero al *grado* della colpa di cui all'art. 133 c.p.<sup>2</sup>. Emergeva faticosamente, dalla prassi applicativa, la possibilità di non punire il medico nei casi di discrepanza scusabile tra misura oggettiva e soggettiva della colpa<sup>3</sup>, tale da configurare gli inadempimenti “perfetti” preconizzati dalla l. 189/2012.

Con la l. n. 24/2017 (c.d. Gelli-Bianco), i fragili equilibri della legge Balduzzi vengono rimessi in discussione con la creazione di una causa di non punibilità non meno criptica della precedente, ed anzi talmente problematica da aver generato in pochi mesi un contrasto interpretativo sfociato in una (deludente) sentenza delle Sezioni Unite<sup>4</sup>. L'art. 590 *sexies* c.p. rinnova l'ossimoro *in culpa sine culpa*, tuttavia limita il suo ambito di estensione ai casi di *imperizia*, escludendo la rilevanza scusante della (sola) colpa *lieve* e richiedendo che la condotta colposa ma rispettosa di linee guida definite ai sensi di legge sia adeguata alle caratteristiche del caso concreto: un altro ossimoro, posto che l'adeguatezza delle cure è presumibilmente smentita, *ex post*, da morte o lesioni del paziente.

La materia, come si sa, è cara al Maestro che onoriamo<sup>5</sup>, che amiamo per la varietà degli interessi scientifici, la passione professionale e il brioso tratto umano. In queste pagine si tenterà di tracciare – attraverso il paradosso assai realistico della pandemia che ci ha colpiti – il grado di estraneità della responsabilità medica alla disciplina generale di cui all'art. 590 *sexies* c.p.<sup>6</sup>, elaborando spunti di riflessione sui limiti insuperabili della disciplina attuale in vista di una nuova calibrazione necessaria della responsabilità del personale sanitario: una riformulazione che metta al riparo i medici dal braccio secolare della magistratura senza la creazione di “scudi” dettati unicamente dall'emergenza.

<sup>2</sup> Cass. pen., Sez. IV, 29 gennaio – 9 aprile 2013, n. 16237, § 13.

<sup>3</sup> Per tutti, v. D. CASTRONUOVO, *La colpa “penale”: misura soggettiva e colpa grave*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2013, 1751.

<sup>4</sup> Cfr. SS.UU., sent. 21 dicembre 2017 – 22 febbraio 2018, Mariotti, n. 8870.

<sup>5</sup> V., in special modo, A. MANNA, *Medicina difensiva e diritto penale. Tra legalità e tutela della salute*, Pisa, 2014; ID., *Causalità e colpa in ambito medico fra diritto scritto e diritto vivente*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2014, 1176 e ss.; ID., *I nuovi profili della colpa medica in ambito penale*, in *Riv. trim. dir. pen. ec.*, 2013, 91 e ss.; ID., *La responsabilità professionale in ambito sanitario*, in *Riv. it. med. leg.*, 2007, 591 e ss.

<sup>6</sup> Sul punto v. già, tempestivamente, C. CUPELLI, *Emergenza COVID-19: dalla punizione degli “irresponsabili” alla tutela degli operatori sanitari*, in *Sistema Penale*, 30 marzo 2020, e G.M. CALETTI, *Emergenza pandemica e responsabilità penali in ambito sanitario. Riflessioni a cavaliere tra “scelte tragiche” e colpa del medico*, in *Sistema penale*, fasc. 5/2020, 12 e ss.

## 2. La pandemia come emergenza caratterizzata da un rischio strutturalmente colposo

La diffusione su scala mondiale del COVID-19 ha determinato una situazione di emergenza sanitaria, reale e grave, senza precedenti. È stato correttamente osservato, a riguardo, che in questo caso un virus s'interseca con comportamenti umani irresponsabili ma quasi sempre involontari, dando vita a un rischio strutturalmente colposo che pone problemi di gestione e "contenimento"<sup>7</sup>: si è così verificata un'inedita restrizione delle libertà fondamentali mirata a contrastare le cause stesse dell'emergenza, accompagnata in un secondo momento (c.d. fase 2) dall'adozione di rigorose regole precauzionali volte a *limitare* la propagazione di un virus che potrà essere neutralizzato solo da un vaccino (o da sue imponderabili mutazioni *in mitius*).

L'emergenza implica, di regola, una deroga alle garanzie: un'eccezione da rischio colposo che si è rivelata, nel caso di specie, assai più insidiosa di quella derivante da fatti dolosi di terzi. Nel caso peculiarissimo della colpa medica, tuttavia, questa emergenza implica anche una deroga alla disciplina penalistica, per dir così, "ordinaria", per assoluta eccentricità del fenomeno Sars-Cov2 rispetto all'usuale perimetro della responsabilità del personale sanitario. Al contempo, la pandemia ha permesso di evidenziare ben altre falle all'interno delle strutture sanitarie, legate alla responsabilità organizzativa di nosocomi e RSA<sup>8</sup>.

La prima questione che denuncia l'estraneità del COVID-19 ai confini ordinari della responsabilità colposa del medico è l'irriducibilità di un fenomeno patologico straordinario, parzialmente sconosciuto e dall'andamento imponderabile entro linee guida consolidate.

## 3. L'estraneità dell'art. 590 *sexies* c.p. all'emergenza coronavirus: a) l'assenza di linee guida

La natura inaffidabile e caotica delle linee guida<sup>9</sup>, sospese tra direttive deontologiche, istanze di *spending review* sanitaria e migliore interesse del paziente,

---

<sup>7</sup> Così, diffusamente, R. BARTOLI, *Il diritto penale dell'emergenza "a contrasto del coronavirus": problematiche e prospettive*, in *Sistema penale*, 24 aprile 2020, 4.

<sup>8</sup> *Infra*, § 7.

<sup>9</sup> Per tutti, v. A.R. DI LANDRO, *Dalle linee guida e dai protocolli all'individualizzazione della colpa penale nel settore sanitario*, Torino 2012. Si veda, più di recente, la sintesi critica di L.A. TERRIZZI, *Le linee guida in funzione espansiva del diritto penale: quando l'Unglück si trasforma in Unrecht*, in *Dir. pen. cont. Riv. Trim.*, fasc. 7-8/2019, 107 e ss.

era nota alla giurisprudenza della Cassazione ben prima dell'entrata in vigore della legge Balduzzi: i giudici della IV Sezione penale hanno sempre ribadito, nel corso del tempo, il ruolo non tassativo e nemmeno vincolante delle linee guida, nella constatata impossibilità di irreggimentare l'*ars medica* in protocolli generali e astratti che prescindano dalle peculiarità irripetibili del caso concreto e soprattutto nella consapevole necessità di evitare pericolosi automatismi di affermazione o di esclusione della responsabilità. Fino all'entrata in vigore della l. 189/2012, poi, non era affatto chiara l'interazione tra linee guida genericamente intese e regole cautelari dell'arte medica: vero è che il richiamo espresso contenuto a tale sistema nel corpo dell'art. 3, comma 1, della legge Balduzzi poteva suggerire l'impressione dell'inglobamento delle linee guida tra le *discipline* di cui all'art. 43 c.p., ma la giurisprudenza dominante ha sempre preferito qualificarle come norme di contenuto solo *eventualmente* cautelare, utili come parametro logico per la successiva e distinta ponderazione di negligenza, imprudenza e imperizia del personale sanitario.

La legge Gelli-Bianco, col dichiarato intento di fugare il disorientamento del sanitario tra linee guida "buone" e "cattive", non distinte dalla legge 189/2012 in base alla loro fonte di provenienza, si è premurata all'art. 5 di stabilire un sistema di accreditamento formale, monitoraggio e aggiornamento delle *guidelines*, partito con grande ritardo e tuttora incompleto. Il sistema di accreditamento in questione non è esente, a sua volta, da forti riserve critiche proprio per l'irriducibile mutevolezza dell'istituto, destinato a cambiare fisionomia proprio in rapporto a contesti di incertezza scientifica come quello che ci interessa.

L'emergenza COVID non è certamente riconducibile, nell'attuale momento storico, a linee guida consolidate: è incerta la genesi – probabilmente zoonotica – del virus, incerto il potenziale lesivo del virus in rapporto alle risposte immunitarie individuali, incerta la correlazione tra l'aggressività della patologia respiratoria da esso generata e fattori esterni come la densità abitativa o l'inquinamento, incerta la cura. Incerti sono persino i tempi di sperimentazione del vaccino e il monitoraggio del contagio al di fuori di generiche regole di prudenza che impongono distanze sociali e dispositivi in grado di limitare lo scambio di fluidi corporei.

Risulta soprattutto materialmente impossibile che le linee guida in materia, ancora nebulse, vengano tempestivamente definite e accreditate ai sensi di legge: la diffusione di un'infezione nuova, contagiosissima e con un tasso di mortalità variabile in base all'interazione di fattori ancora sconosciuti, si riverbera in una fisiologica assenza di indicazioni cliniche consolidate e nella prescrizione di farmaci

*off-label* pensati e sperimentati per la cura di altre patologie<sup>10</sup>. Beninteso, il Sistema Nazionale delle Linee Guida ha creato, nella sezione “buone pratiche” (sussidiarie rispetto alle linee guida), una pagina dedicata al *Corona Virus Disease*, ma la strada per l'applicazione proficua del 590 *sexies* è ancora tutta in salita<sup>11</sup> e del tutto infruttuosa rispetto alla frequente contestazione del delitto di epidemia colposa di cui all'art. 452 c.p. (escluso *a priori* dall'ambito applicativo dell'art. 590 *sexies*).

#### **4. Segue: b) la difficile qualificazione dell'imperizia e l'impossibile bilanciamento tra adeguatezza delle cure e caso concreto.**

Anche gli altri elementi strutturali dell'art. 590 *sexies* c.p. sono inconciliabili con la contingenza sanitaria da coronavirus. Tra le qualifiche normative della colpa, l'*imperizia* è la più problematica, non solo per la sua delicata latitudine concettuale ma soprattutto per i criteri di accertamento: è una negligenza o imprudenza qualificata dal possesso di peculiari nozioni tecnico-scientifiche. Nel contesto delle attività sperimentali “incerte”, è proprio la persona “qualificata” a dover ricavare ed applicare una regola cautelare non desumibile in base a criteri astratti di prevedibilità e prevenibilità dell'evento, con tutte le difficoltà che ne derivano sul piano dell'accertamento della responsabilità.

L'imperizia da inadeguata gestione del rischio preventivo e terapeutico del COVID-19 non poggia certo su consolidati riferimenti interpretativi: essa sarà individuabile solo *ex post* sulla base di dati attualmente non conoscibili e certo non conosciuti agli stessi sanitari al comparire dei primi casi acclarati. Di grande utilità potrebbe invero rivelarsi il correttivo ermeneutico della rilevanza penale dei soli casi di imperizia *grave ex art. 2236 c.c.*, proposto dalle sentenze “Tarabori”<sup>12</sup> e “Mariotti”<sup>13</sup> della Suprema Corte come criterio sistemico per la graduazione della responsabilità penale del sanitario. Esso però, come vedremo<sup>14</sup>, dovrà meglio essere valorizzato in sede di colpevolezza, per limitare la rimproverabilità di condotte

---

<sup>10</sup> Così efficacemente G.M. CALETTI, *Emergenza pandemica e responsabilità penali in ambito sanitario*, cit., 14.

<sup>11</sup> G. M. CALETTI, *loc. ult. cit.*

<sup>12</sup> Cass. pen., Sez. IV, sent. 20 aprile – 7 giugno 2017, n. 28187. Tra i numerosi commenti alla pronuncia *de qua*, v. L. RISICATO, *Colpa dello psichiatra e legge Gelli-Bianco: la prima stroncatura della Cassazione*, in *Giur. it.*, 2017, 2201 e ss., e G. M. CALETTI-L. MATTHEUDAKIS, *La Cassazione e il grado della colpa penale dopo la riforma “Gelli-Bianco”*, in *Dir. pen. proc.*, 2017, 1369 e ss.

<sup>13</sup> *Supra*, nt. 4.

<sup>14</sup> *Infra*, § 7.

oggettivamente colpose realizzate in presenza di variabili contestuali imponderabili, legate alla mutevolezza del quadro patologico e all'esiguità delle risorse disponibili: condizioni sicuramente sussumibili nel concetto di *speciale difficoltà della prestazione* di cui all'art. 2236 c.c. e dotate, per loro natura, di un ambito di estensione assai più vasto di quello – assai angolato – dell'art. 590 *sexies* c.p.

La dissociazione tra misura oggettiva e soggettiva della colpa trapela, in verità, anche nell'ultimo elemento costitutivo dell'art. 590 *sexies* c.p.: il riferimento all'adeguatezza delle cure al caso concreto si riferisce a casi in cui, in base a una valutazione *ex ante*, la scelta terapeutica appaia idonea a garantire il buon esito della cura. Sin dall'entrata in vigore della disposizione, si discute nondimeno sulla soglia di errore *tollerabile* da parte del sanitario, che ci riporta all'emergenza sanitaria in corso: in presenza di una patologia le cui manifestazioni variano in modo drammatico da individuo a individuo, in cui il quadro clinico di un paziente "stabile" precipita in poche ore fino alla ventilazione assistita e alla morte, in cui l'esiguità delle risorse sanitarie pone il rianimatore nella necessità di scegliere quale paziente ventilare, l'adeguatezza delle cure è un dato assolutamente velleitario. Non è certo un caso se uno dei problemi più tragici legati all'emergenza da COVID si giochi sul terreno scivoloso dello stato di necessità.

## 5. Conflitto di doveri e stato di necessità

L'esplosione dell'epidemia, unitamente ai limiti di strutture sanitarie martoriata dalla *spending review*, ha posto l'angosciante problema della scelta dei pazienti da affidare alla ventilazione assistita, in base a criteri non arbitrari seppur opinabili. Sugli operatori sanitari si è così abbattuta la scelta tra chi curare e chi no<sup>15</sup>: una decisione che sovverte il principio di autodeterminazione responsabile, chiamando invece in causa l'antico brocardo *necessitas non habet legem*.

---

<sup>15</sup> Le situazioni in cui la "scelta tragica" si è (im)posta sono essenzialmente di due tipi. Il primo è quello del c.d. *triage* in emergenza pandemica, ove due o più malati COVID necessitano dell'unico supporto respiratorio disponibile. Il secondo, simile ma probabilmente ancora più drammatico, riguarda invece il caso in cui non esistano supporti respiratori disponibili a fronte di uno o più malati in sopravvenute condizioni critiche. In questa peculiare ipotesi, assistere uno o più tra i nuovi malati impone la scelta di staccare dal ventilatore persone con limitate *chances* di sopravvivenza (anziani, immunodepressi, etc.). Sulla questione v. ancora G.M. CALETTI, *Emergenza pandemica e responsabilità penali in ambito sanitario*, cit., 7 e s.

Solo apparentemente la materia in esame evoca il concetto, tipicamente bioetico, di “spazio libero dal diritto”<sup>16</sup>, soffermandosi invece sulla ricerca di un filo conduttore che possa guidare i medici nella scelta della vita da salvaguardare a scapito di altre. Su tale filo le strade della Società scientifica degli anestesisti e rianimatori (SIAARTI) e quella del Comitato nazionale di bioetica paiono divergenti: la prima, nelle proprie raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione ai trattamenti intensivi e alla loro sospensione, fornisce indicazioni fondate su dati il più possibile oggettivi per limitare l'arbitrarietà delle scelte del sanitario; il secondo, invece, propone un criterio clinico temperato dalla necessità di disporre adeguatamente delle risorse disponibili. Ogni ulteriore elemento discriminante (età, sesso, condizioni generali di salute) è sì ritenuto eticamente inaccettabile, ma rischia fatalmente – in special modo l'età – di essere “recuperato” nella valutazione delle chances di salvezza del singolo paziente.

Ora, ferma restando la possibilità teorica, per il sanitario, di rispondere di un eventuale eccesso colposo nel caso in cui il bilanciamento tra bene salvato e sacrificato sia stato fondato su valutazioni eccentriche<sup>17</sup>, pare evidente che il perimetro di applicabilità dell'art. 54 c.p. coincida con la sua – limitata ma indiscutibile – dimensione scusante, fondata sull'*inevitabilità* del pericolo involontario e attuale di un danno grave alla persona e sulla ricaduta dell'azione necessitata su un terzo innocente. Vero è che tra le cause di giustificazione l'art. 54 c.p., per la sua “amoralità” di fondo, è la norma che più si avvicina alla creazione di uno spazio libero dal diritto, ma la scelta che i medici sono chiamati a compiere non è e non può essere mai priva di conseguenze: né per il medico, né per la struttura sanitaria.

## **6. Il necessario coinvolgimento dei vertici delle strutture sanitarie: il futuro della responsabilità medica è la colpa di organizzazione? Uno sguardo alla Corte EDU**

Da decenni, ormai, ci si interroga sui limiti di responsabilità dei vertici ospedalieri e delle Aziende Sanitarie Locali. Il d. lgs. 502/1992 e successive

---

<sup>16</sup> In argomento, tra gli altri, M. DONINI, *Il caso Welby e le tentazioni pericolose di uno “spazio libero dal diritto”*, in *Cass. pen.*, 2007, 903 e ss, e A. VALLINI, *Il fine vita come spazio libero dal diritto penale*, in *BioLaw Journal-Rivista di BioDiritto*, 2020, 208 e ss.

<sup>17</sup> Sul punto v. G. LOSAPPIO, *Responsabilità penale del medico, epidemia da “Covid19” e “scelte tragiche” (nel prisma degli emendamenti alla legge di conversione del d.l. c.c. “Cura Italia”)*, in *Giurisprudenza penale web*, 2020, n. 4, 12 e ss.

modificazioni ha trasformato l'Unità Sanitaria Locale in un'Azienda (dipendente dalla Regione ma) dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e tecnica, individuando come responsabile dell'Azienda il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo.

Si ritiene, a riguardo, che l'individuazione di tali soggetti possa «permettere di attribuire responsabilità penali anche nel caso in cui, in presenza di danni ai pazienti, vi siano state (indipendentemente dalla correttezza comportamentale dei medici e degli infermieri) *carenze strutturali e organizzative* chiaramente attribuibili a queste figure, al cui operato sembrerebbero applicabili i criteri della responsabilità d'*équipe*»<sup>18</sup>. Considerato poi l'elevato tasso di crescita dei reati-presupposto, è lecito interrogarsi sull'opportunità politico-criminale di estendere la responsabilità degli enti anche alla *medical malpractice*: molti dei problemi legati all'emergenza COVID trascendono la colpevolezza individuale per approdare a una responsabilità di tipo organizzativo (si pensi al disastroso contagio nelle RSA e alle misure di ristrutturazione momentanea dei normali reparti, che hanno evidenziato lo strettissimo legame tra eventi infausti e moduli organizzativi)<sup>19</sup>. Pare tuttavia da escludere radicalmente un omicidio colposo commesso “nell'interesse o a vantaggio” da aziende ospedaliere: un problema, questo, che potrà essere risolto esclusivamente dal legislatore.

Un'emergenza di tipo (anche) nazionale, come quella creata dal COVID, pone poi – in prospettiva europea – la questione della responsabilità statale per casi di *medical malpractice* legati a problemi organizzativi. L'art. 2 CEDU, nell'interpretazione fornita dalla Corte, impone agli Stati di munirsi di apposita disciplina che vincoli le strutture sanitarie, pubbliche o private, ad adottare tutte le misure necessarie a proteggere la vita e l'integrità fisica dei pazienti. Tuttavia, la responsabilità degli Stati è stata progressivamente circoscritta per lo più al rifiuto di somministrazione di cure mediche in situazioni di emergenza, nonché ai malfunzionamenti organizzativi o strutturali dei nosocomi, non potendo lo Stato di norma rispondere di un singolo errore medico o di un difetto di coordinamento tra reparti ospedalieri. La Grande Camera, a questo proposito, ha recentemente distinto

<sup>18</sup> Così C. LORÉ-P. MARTINI, *Sulla responsabilità penale degli amministratori di strutture sanitarie*, in *Riv. it. med. leg.*, 1998, 409 e ss.

<sup>19</sup> In argomento G.M. CALETTI, *Emergenza pandemica e responsabilità penali in ambito sanitario*, cit., 20.



tra mera negligenza medica e diniego di accesso alle cure, statuendo che solo il secondo implica una responsabilità statale<sup>20</sup>. Nelle ipotesi di “semplice” negligenza ricadrebbe sullo Stato unicamente un generico dovere di predisporre strumenti normativi efficaci in grado di vincolare le strutture sanitarie – pubbliche o private – ad adottare tutte le misure idonee a preservare la vita dei pazienti. In un’interessante *dissenting opinion*, tuttavia, il giudice Paulo Pinto de Albuquerque ha evidenziato la necessità di evitare lo iato tra il diritto alle cure e la mercificazione dei servizi sanitari. La scadente allocazione delle risorse in materia sanitaria rischia di degenerare, per i soggetti più deboli, in un sistema di cure scarsamente competitivo ed efficace: parole che, nella prospettiva della pandemia da COVID, fanno riflettere amaramente.

## 7. A proposito della colpa *grave* del medico

La creazione di “scudi” per assicurare l’impunità da COVID ai sanitari è una soluzione che lascia perplessi, specie considerando i limiti intrinseci della responsabilità medica “ordinaria” appena illustrati e la parallela necessità di non obliare la tutela anche penale della vita e della salute dei pazienti. In prospettiva *de iure condendo*, come ribadito da tempo, la soluzione più affidabile è quella di limitare la responsabilità per negligenza, imprudenza e imperizia del sanitario ai soli casi di colpa *grave*. Verso questa soluzione convergono, da un lato, la recente rivalutazione del ruolo sistemico svolto dall’art. 2236 c.c. anche nel quadro anomalo dell’art. 590 *sexies* c.p. e, dall’altro, la tendenza della giurisprudenza a valorizzare il *grado* della colpa di cui all’art. 133 c.p. per dare corpo a un concetto per troppo tempo ritenuto velleitario o inafferrabile. La selezione del grado della colpa è uno strumento efficacemente collaudato, anche a livello internazionale, di riduzione del rischio penale dei sanitari, ma resterà poca cosa se non sarà accompagnato da una nuova idea corale della responsabilità medica come responsabilità da rischio lecito e, soprattutto, da una rivalutazione assiologica e finanziaria della sanità come ganglio cruciale del *welfare*.

---

<sup>20</sup> Grande Camera, sentenza *Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal*, 19 dicembre 2017.