

**LA LEGGE GELLI – BIANCO:  
I NUOVI PROFILI PENALI DELLA RESPONSABILITÀ MEDICA**

**LA MASSIMA**

“L'art. 590-*sexies* c.p. si applica solo quando sia stata elevata o possa essere elevata imputazione di colpa per imperizia”.

**Corte di Cassazione, sez. IV Penale,  
sentenza 20 aprile – 7 giugno 2017, n. 28187**

*Presidente Blaiotta – Relatore Montagni*

**Svolgimento del processo:**

1. Il G.i.p. del Tribunale di Pistoia con la sentenza ex art. 425 c.p.p., indicata in epigrafe dichiarava non luogo a procedere nei confronti di D.L.L., perché il fatto non sussiste.

Al prevenuto si contesta, quale medico psichiatra responsabile dell'ufficio Salute Mentale (OMISSIS), che aveva in cura il paziente L.G., nonché quale psichiatra di riferimento del piano riabilitativo redatto per il richiamato paziente, di avere colposamente posto in essere, ai sensi dell'art. 589 c.p., una serie di condotte attive ed omissive, da qualificarsi come condizioni necessarie perché il L. ponesse in essere il gesto omicidiario nei confronti di T.M., che unitamente all'imputato, era stato inserito nella struttura residenziale (OMISSIS), dell'Associazione "(OMISSIS)", a bassa soglia assistenziale. L. infatti, in data (OMISSIS), ebbe a sferrare numerosi colpi al capo e al collo del T., con un'ascia lasciata incustodita presso la richiamata struttura, solo perché infastidito dal comportamento della persona offesa.

Il giudicante effettua primieramente considerazioni di ordine critico sulla stessa ammissibilità del concorso del reato colposo in quello doloso, pure considerando che tale configurazione trova cittadinanza nel diritto vivente.

Ciò posto, il G.i.p. ripercorre dettagliatamente il vissuto clinico del L. dal mese di (OMISSIS) sino alla notte del (OMISSIS) in cui venne compiuto il gesto omicidiario, osservando che le scelte effettuate dallo psichiatra D.L., in ordine al passaggio dal regime di internamento del L. a quello della libertà vigilata ed alla riduzione del trattamento farmacologico, appaiono immuni da errori di diagnosi. Il giudice considera che a posteriori le scelte effettuate dall'odierno imputato sono risultate oggettivamente inadeguate a contenere la perdurante pericolosità del L., soggetto che sedici anni prima aveva commesso un altro omicidio. Non di meno, in sentenza si rileva che nella condotta dell'imputato non emergono profili di rimproverabilità colposa e che l'azione dello psichiatra non può considerarsi come causa scatenante dell'imprevedibile gesto omicidiario.

2. Avverso la citata sentenza ha proposto ricorso per cassazione T.M., parte civile costituita, a mezzo del difensore.

Il ricorrente si sofferma sulla storia clinica del L., caratterizzata da abuso di sostanze stupefacenti, esplosioni di rabbia e da un fallito gesto suicidiario, in esito al quale ebbe a riportare gravi lesioni. L'esponente richiama poi le motivazioni e le efferate modalità dell'uccisione della fidanzata G.S. perpetrata dal L. nel 1998, sulla base delle lucide dichiarazioni rese dallo stesso al consulente del pubblico ministero. Ciò posto, l'esponente propone considerazioni sull'ambito funzionale della sentenza liberatoria di cui all'art. 425 c.p.p.. Quindi, con il primo motivo, la parte denuncia la violazione di legge. Al riguardo, il ricorrente rileva che il G.i.p. di Pistoia ha effettuato valutazioni che esulano dalla natura processuale della decisione di cui si tratta.

Con il secondo motivo la parte civile deduce l'inosservanza della legge penale, con riferimento al punto della sentenza in cui viene esclusa la configurabilità del concorso colposo nel reato doloso. Osserva che la giurisprudenza ha chiarito che risulta configurabile la responsabilità a titolo colposo dello psichiatra nel reato doloso del paziente, in riferimento alla posizione di garanzia assunta dal medico.

Con il terzo motivo l'esponente individua un ulteriore errore nella applicazione della legge penale, in relazione ai profili di colpa commissiva ed omissiva.

Con il quarto motivo viene denunciato il vizio motivazionale in ordine alla rilevanza della riduzione della terapia farmacologica. L'esponente osserva che il percorso argomentativo posto a fondamento della sentenza impugnata risulta manifestamente illogico, laddove il giudicante effettua affermazioni sulla incidenza da assegnare alla riduzione del farmaco antipsicotico.

Con ulteriore motivo il deducente censura la valutazione effettuata dal G.i.p. rispetto ai profili di colpa ascrivibili al D.L..

Sotto altro aspetto, la parte civile osserva che il giudicante ha sviluppato considerazioni di natura politica, piuttosto che giuridica, sulle possibilità riabilitative del malato di mente.

Infine, viene denunciato vizio motivazionale in ordine alla ritenuta imprevedibilità del gesto omicidiario. La parte sottolinea che dal vissuto del L. emergono plurimi indici premonitori al riguardo. E rileva che D.L. effettuò specifiche scelte terapeutiche, dopo aver estromesso altri professionisti che andavano di contrario avviso, riducendo la terapia farmacologica a fronte di un enorme aumento degli stimoli esterni ai quali il paziente veniva sottoposto. Si considera, infine, che l'espletamento di perizia, in sede dibattimentale, ben potrebbe contribuire a chiarire l'incidenza da assegnare alla riduzione del farmaco antipsicotico, rispetto all'azione omicidiaria.

### **Motivi della decisione**

1. Il ricorso è fondato, nei sensi di seguito espressi.

(...)

7. Il tema della responsabilità dell'esercente la professione sanitaria, per i reati di omicidio colposo e di lesioni colpose è stato oggetto di un ulteriore intervento normativo, con il quale il legislatore ha posto mano nuovamente alla materia della responsabilità sanitaria, anche in ambito penale. Il riferimento è alla L. 8 marzo 2017, n. 24, recante Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, pubblicata in G.U. Serie Generale n. 64 del 17.3.2017, entrata in vigore in data 01.04.2017.

Ai fini di interesse, viene in particolare rilievo la citata L. n. 24 del 2017, art. 6, che ha introdotto l'art. 590 sexies c.p., rubricato Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario.

(...)

8. Entrando nei dettagli.

8.1 La normativa si riferisce ad eventi che costituiscono espressione di condotte governate da linee guida accreditate nei modi che si sono sopra riferiti. Perché sia esclusa la responsabilità si richiede, altresì, che le linee guida siano appropriate rispetto al caso concreto; e cioè che non vi siano ragioni, dovute solitamente alle comorbidità, che suggeriscono di discostarsene radicalmente. Chiara, in tal senso la formulazione dell'art. 5: "Gli esercenti le professioni sanitarie.... si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida....".

Insomma, quando le linee guida non sono appropriate e vanno quindi disattese, l'art. 590-sexies cit. non viene in rilievo e trova applicazione la disciplina generale prevista dagli artt. 43, 589 e 590 c.p.

8.2 Ancora, la novella trova applicazione quando le raccomandazioni generali siano pertinenti alla fattispecie concreta. Qui si tratterà di valutare se esse "risultino adeguate" e siano cioè state attualizzate in forme corrette, nello sviluppo della relazione terapeutica, avuto naturalmente riguardo alle contingenze del caso concreto. Entro queste coordinate, l'agente ha diritto a vedere giudicata la propria condotta alla stregua delle medesime linee guida che hanno doverosamente governato la sua azione. Si tratta di un novità di non poco conto, se si considerano le divergenze di opinioni e di valutazioni solitamente espresse dagli esperti nei giudizi di merito, alimentate solitamente proprio da differenti approcci tecnico-scientifici ad una medesima questione. Insomma, il professionista si troverà ad agire in una situazione di ben maggiore determinatezza rispetto al passato; e sarà giudicato alla stregua dei medesimi, definiti parametri che hanno regolato la sua attività.

8.3 I 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 (par. 7).

9. Tale ricostruzione dà conto anche dell'espressione "a causa di imperizia" di cui è stata sopra mostrata la potenziale incoerenza con la restante parte dell'art. 590 sexies c.p.. Il legislatore, con scelta sovrana, ma con espressione lessicalmente infelice, ha ritenuto di limitare l'innovazione alle sole situazioni astrattamente riconducibili alla sfera dell'imperizia, cioè al profilo di colpa che involge, in via ipotetica, la violazione delle *leges artis*. Si sono volute troncare le discussioni e le incertezze verificatesi nelle prassi, anche quella di legittimità, in ordine all'applicabilità della L. n. 189 del 2012, alle linee guida la cui inosservanza conduce ad un giudizio non di insipienza tecnico-scientifica ma di trascuratezza, e quindi di negligenza. A tale riguardo è sufficiente rammentare che questa Corte, dapprima contraria, aveva da ultimo ritenuto che la L. n. 189 del 2012, potesse riferirsi pure ad aree diverse da quelle dell'imperizia (Sez. 4, n. 23283 del 11/05/2016, Denegri, Rv. 266904).

In breve, la nuova norma tronca in radice i dubbi: si è voluto mettere in chiaro che l'art. 590-sexies si applica solo quando sia stata elevata o possa essere elevata imputazione di colpa per imperizia.

10. Il nuovo assetto, naturalmente, si riverbera considerevolmente sulla configurazione della colpa in ambito sanitario. Questa Corte ha avuto occasione di porre in luce le peculiarità di tale forma dell'imputazione soggettiva: figura vuota ed umbratile, dalla forte impronta normativa, bisognosa di eterointegrazione. E, come si è accennato, si è pure rimarcata la grande importanza del sapere tecnico-scientifico per colmare i vuoti e per conferire maggiore determinatezza al precetto. Al contempo, sono stati enunciati i pericoli connessi all'utilizzazione di raccomandazioni provenienti da soggetti non indipendenti o non sufficientemente qualificati. In tale quadro risalta, nella riforma, l'importante progetto di "codificazione" ed "istituzionalizzazione", nonché di continuo adeguamento delle direttive a tutela della "sicurezza delle cure" e dei giudizi a ciò pertinenti.

Va aggiunto, per ulteriore chiarificazione, che il catalogo delle linee guida non può esaurire del tutto i parametri di valutazione. E' ben naturale, infatti, che il terapeuta possa invocare in qualche caso particolare quale metro di giudizio anche raccomandazioni, approdi scientifici che, sebbene non formalizzati nei modi previsti dalla legge, risultino di elevata qualificazione nella comunità scientifica, magari per effetto di studi non ancora recepiti dal sistema normativo di evidenza pubblica delle linee guida di cui al richiamato art. 5. Si tratta di principio consolidato nella scienza penalistica: le prescrizioni cautelari ufficiali possono essere affiancate da regole non codificate ma di maggiore efficienza nella prospettiva della ottimale gestione del rischio.

D'altra parte, il legislatore ha stornato il pericolo di stallo nell'applicazione delle novella, ponendo in campo, in via residuale, le buone pratiche clinico-assistenziali. Anche in questo campo è stato perseguito un progetto di emersione, codificazione e monitoraggio delle buone pratiche attraverso l'istituzione di un Osservatorio nazionale (art. 3).

Tuttavia, è ragionevole prevedere ed auspicare che il catalogo delle linee guida accreditate sarà rapidamente attuato, in conformità all'alto interesse ed alla centralità del tema nel quadro della riforma voluta dalla legge. Dunque, in questa prima analisi della riforma è sufficiente soffermarsi sul nucleo della novella, costituito, appunto, dal regime delle raccomandazioni "ufficiali".

Tutto quanto esposto, naturalmente, ha rilevanti ricadute nella gestione del giudizio penale. Come si è rilevato, già la L. n. 189 del 2012, aveva posto in luce l'importanza delle direttive consacrate dalla comunità scientifica, ma la doverosa attenzione alla volontà del legislatore impone di sottolineare, valorizzare e tradurre in chiave operativa l'istanza di determinatezza, chiarezza, prevedibilità che promana dalla riforma. Ciò implica che nel futuro le valutazioni demandate agli esperti dovranno muoversi precipuamente attorno ai nuovi parametri di cui si è detto. Si tratterà di un passaggio ineludibile che dovrà rifluire nella finale ponderazione demandata al giudice.

10.1 La soluzione interpretativa indicata appare l'unica possibile, dopo ben ponderata riflessione, alimentata anche dai preziosi contributi dottrinali che, come si è accennato, non hanno mancato di porre in luce le difficoltà proposte dal testo normativo. Essa, in breve, coglie nella riforma il virtuoso impulso innovatore focalizzato sulla selezione e codificazione di raccomandazioni volte a regolare in modo aggiornato, uniforme, affidabile, l'esercizio dell'ars medica; e, al contempo, ad ancorare il giudizio di responsabilità penale e civile a costituiti regolativi precostituiti, con indubbi vantaggi in termini di determinatezza delle regole e prevedibilità dei giudizi.

Tale lettura che, in fin dei conti, scorge nella riforma una nuova regola di parametrizzazione della colpa non è vulnerata dal fatto che il testo allude all'osservanza delle linee guida come causa di esclusione della punibilità. Occorre al riguardo considerare che tale espressione si rinviene in molti testi normativi ed anche nel codice con significati diversi e non di rado atecnici; cioè non riconducibili propriamente alla sfera dell'esclusione della pena pur in presenza di un reato, per ragioni istituzionali, personali, di opportunità.

Basti considerare la disciplina dell'imputabilità di cui all'art. 85 c.p. e ss.. La non imputabilità esclude la punizione e per converso, nella visione del codificatore, l'imputabilità è capacità di pena, in aderenza al noto modello del doppio binario di sanzione e misura di sicurezza. Orbene, la teoria del reato ha da allora subito un così profondo rimodellamento che l'imputabilità viene ora riconosciuta senza incertezze, sia in dottrina che in giurisprudenza, come parte o presupposto del principio di colpevolezza normativa e dunque è collocata all'interno del reato.

Discorso non dissimile può esser fatto, sempre in via esemplificativa, quanto ai casi di non punibilità previsti dall'art. 388 c.p., nell'ambito dei delitti contro l'amministrazione della giustizia. Tali ipotesi sono ricondotte, sia in dottrina che in giurisprudenza, ad un peculiare stato di necessità o ad una causa di esclusione della colpevolezza per inesigibilità; e dunque sicuramente fuori dalla sfera della mera punibilità.

Del resto, la stessa L. n. 189 del 2012, art. 3, parlava di esclusione della responsabilità: espressione atecnica che questa Corte, come si è visto, ha collocato nella dogmatica della colpa.

Parimenti, nel caso in esame l'evocazione della punibilità va intesa come un atecnico riferimento al giudizio di responsabilità con riguardo alla parametrizzazione della colpa di cui si è detto sopra.

11. La proposta ricostruzione della novella implica problemi di diritto intertemporale con riferimento ai fatti commessi in epoca anteriore. Anche a tale fine, occorre sintetizzare i passaggi di maggior rilievo dell'analisi sin qui prospettata.

Dunque, la nuova disciplina non trova applicazione negli ambiti che, per qualunque ragione, non siano governati da linee guida; e neppure nelle situazioni concrete nelle quali tali raccomandazioni debbano essere radicalmente disattese per via delle peculiarità della condizione del paziente o per qualunque altra ragione imposta da esigenze scientificamente qualificate.

Inoltre, il novum non opera in relazione alle condotte che, sebbene poste in essere nell'ambito di approccio terapeutico regolato da linee guida pertinenti ed appropriate, non risultino per nulla disciplinate in quel contesto regolativo. Nuovamente, per semplificazione, si richiama il caso dell'errore di esecuzione dell'atto chirurgico (par. 7).

Il metro di valutazione costituito dalle raccomandazioni ufficiali è invece cogente, con il suo già indicato portato di determinatezza e prevedibilità, nell'ambito di condotte che delle linee guida siano pertinente estrinsecazione.

Occorre pure tener conto dell'abrogazione del D.L. 13 settembre 2012, n. 158, art. 3, comma 1, convertito, con modificazioni dalla L. 8 novembre 2012, n. 189, che aveva operato la nota distinzione tra colpa lieve e colpa grave. Questa Corte, come si è accennato (par. 6), aveva interpretato tale riforma nel senso più ampiamente aderente al principio di colpevolezza; ritenendo che, nei contesti regolati da linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica, si fosse verificata la decriminalizzazione delle condotte connotate da colpa lieve. In conseguenza, si è ravvisato che, sempre nell'ambito indicato, residuasse la responsabilità colpevole solo per colpa grave: interpretazione aderente alle movenze della riflessione dottrinale e consonante con l'orientamento di altre normative nazionali.

L'abrogazione della legge del 2012 implica la reviviscenza, sotto tale riguardo, della previgente, più severa normativa che, per l'appunto, non consentiva distinzioni connesse al grado della colpa. Infatti la novella del 2017 non contiene alcun riferimento alla gravità della colpa. Naturalmente, ai sensi dell'art. 2 c.p., il nuovo regime si applica solo ai fatti commessi in epoca successiva alla riforma.

Per i fatti anteriori, come quello in esame, sempre in applicazione dell'art. 2 c.p., può trovare applicazione, invece, quando pertinente, la ridetta normativa del 2012, che appare più favorevole con riguardo alla limitazione della responsabilità ai soli casi di colpa grave. Il giudice, in conseguenza, pur nell'ambito della già indicata regola di giudizio dell'udienza preliminare, potrà ben prendere in considerazione le problematiche afferenti alle linee guida (come disciplinate dalla ridetta legge del 2012) che, come si è sopra esposto, hanno un pregnante rilievo nell'ambito del delicato tema della responsabilità dello psichiatra per i fatti commessi da soggetti in cura. (...)

### **P.Q.M.**

Annulla la sentenza impugnata con rinvio, per nuovo esame, al Tribunale di Pistoia.  
Così deciso in Roma, il 20 aprile 2017.  
Depositato in Cancelleria il 7 giugno 2017

### **La Nota**

La sentenza in commento merita di essere approfondita giacché si focalizza sulla Legge 8 marzo 2017, n. 24, recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"<sup>1</sup>, meglio nota sotto la denominazione Legge Gelli – Bianco.

Prima di procedere alla disamina di tale *decisum* occorrerà esaminare le ragioni che hanno indotto il legislatore nazionale a riformare il settore della responsabilità penale del sanitario.

*In subiecta materia*, non si cade in errore allorché si asserisca che l'intervento novellatore è consistito sostanzialmente non solo nel modificare i profili disfunzionali che nel corso delle ultime decadi hanno minato e non poco la natura fiduciaria del rapporto tra il medico ed il paziente, svilendo il livello qualitativo e di affidabilità delle cure prestate, ma anche gli obblighi risarcitori scaturenti dalla proposizione di azioni giudiziarie fondate su fattispecie di *medical malpractice*.

Al riguardo, la Legge Gelli – Bianco si prefigge di concorrere ad assicurare la sicurezza delle cure mediche<sup>2</sup>.

Dunque, sulla scorta di tale linea guida, essa si propone:

- a) di incrementare l'alveo di garanzie e di tutele per coloro che espletano la professione sanitaria;
- b) garantire al soggetto ammalato di ottenere entro un breve lasso di tempo un risarcimento dei danni sanitari sofferti per la prestazione medica ricevuta.

Circa il primo profilo, la Legge in commento limita il pericoloso fenomeno della cosiddetta medicina difensiva.

Quest'ultima circoscrive i rischi di una implicazione diretta dei medici in un possibile processo penale innanzi ad un'autorità giudiziaria in ragione di un'*actio* esperita dal paziente.

Dunque, attraverso un ragionamento inverso, si arguisce *de plano* che i medici, operando in tale maniera, finiscono per non rispondere concretamente alle necessarie esigenze di cura dell'infermo.

Addirittura, ed è con infinita tristezza che bisogna porlo in risalto, *in sedes materiae* può parlarsi altresì della cosiddetta medicina difensiva negativa, esplicantesi nel rifiuto da parte di un dottore di fornire assistenza ai pazienti che risultino essere particolarmente a rischio, orientandoli verso altri colleghi o strutture.

Viceversa, la medicina difensiva positiva è descrivibile come la pratica diretta alla prescrizione di accertamenti e trattamenti superflui con cui il medico dimostra di essere particolarmente scrupoloso.

Eppure dalla lettura dei 16 articoli che compongono la Legge Gelli – Bianco sembrerebbe che essa abbia, paradossalmente, aggravato lo scenario rispetto alla previgente Legge Balduzzi e sia, quindi, indirizzata a non conseguire le finalità che si era prefissata.

Difatti, pare che gli ambiti di discrezionalità giudiziaria stiano incrementandosi e, *au contraire*, vadano riducendosi le certezze degli operatori sanitari.

In particolare, la giurisprudenza sarà chiamata a delineare in maniera più congrua i limiti tra perizia e altri profili di colpa e, quindi, comprendere se conservare il confine dell'imperizia oppure ampliare *in bonam partem* la sfera di impunità agli altri profili di colpa materialmente coperti dalle linee guida.

Circa queste ultime l'art. 5, comma 1, Legge 8 marzo 2017, n. 24 prevede che: "Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3<sup>3</sup> ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali".

Le brevi riflessioni che precedono consentono allora di essere in possesso degli strumenti basilari per comprendere il *dictum* n. 28187 pronunciato dalla Quarta Sezione della Cassazione penale il 7 giugno 2017.

Nello specifico, in tale occasione gli Ermellini hanno posto in risalto come l'art. 6 della Legge Gelli – Bianco abbia determinato l'introduzione nel tessuto normativo dell'art. 590-

*sexies* c.p., rubricato "Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario".

Sin da subito occorre dichiarare che la norma sopra citata non possa certo considerarsi quale esempio di ottima formulazione da parte del legislatore del Belpaese, dato che presenta un testo oscuro e con molti punti critici.

Nel primo comma dell'art. 590-*sexies* c.p. si sancisce il principio per il quale devono trovare applicazione le pene fissate ex artt. 589 e 590 c.p. per l'ipotesi di omicidio o lesioni personali colpose commesse nell'espletamento della professione sanitaria.

Sul punto, deve osservarsi che le pene dettate in caso di responsabilità medico chirurgica sono le medesime già applicabili secondo la normativa precedente.

È palese, allora, che l'art. 590-*sexies* non prescriva nessun genere di innovazione.

A *contrariis*, nel secondo comma della disposizione normativa in commento si sancisce che, nell'eventualità in cui l'evento si sia manifestato per imperizia, il sanitario non incorre nell'irrogazione di sanzioni allorché siano state rispettate le raccomandazioni imposte dalle *guidelines* oppure, in assenza di queste ultime, qualora siano state seguite le buone pratiche clinico-assistenziali, purché le raccomandazioni previste dalle linee guida siano consone alle specificità del caso concreto.

Questa previsione normativa, anche in ragione della contestuale abrogazione dell'art. 3, 1° co., D.L. 13 settembre 2012, n. 158<sup>4</sup>, determina una ridefinizione dell'odierno ambito di estensione della responsabilità penale del medico.

Tuttavia, l'effettivo utilizzo di tale disposizione incorre in un reale ostacolo consistente nei requisiti necessari ai fini dell'esclusione della responsabilità penale del sanitario, non essendo supponibile realmente una situazione nella quale possa avanzarsi un richiamo per imperizia ed in cui contemporaneamente possano considerarsi rispettate *guidelines* conformi alle particolarità del caso concreto.

Ne discende, perciò, che l'art. 590-*sexies* c.p. difficilmente possa trovare effettiva applicazione, tranne che nelle fattispecie nelle quali la colpa già poteva essere esclusa in applicazione dei principi generali imposti ex art. 43 c.p.

Ancora, relativamente allo *ius* intertemporale, l'art. 590-*sexies* c.p. presenta un contenuto maggiormente sfavorevole rispetto all'art. 3 D.L. 13 settembre 2012, n. 158.

Di conseguenza, l'art. 590-*sexies* c.p. sarà applicabile unicamente per i fatti commessi successivamente all'entrata in vigore della Legge Gelli – Bianco, *scilicet* a partire dagli eventi verificatesi dal 1° aprile 2017.

Traendo le fila del discorso, l'art. 590-*sexies* c.p. sembra escludere una colpa per imperizia allorché il *modus operandi* del sanitario abbia rispettato le linee guida aventi ad oggetto regole di perizia, adeguate alla specificità del caso concreto.

Oltre a ciò, va da sé che non sia ammessa neppure la colpa per negligenza o imprudenza in ipotesi di rispetto di linee guida concernenti principi di diligenza o prudenza, regolamentati ex art. 5 della Legge Gelli – Bianco.

Dunque, la Legge 8 marzo 2017, n. 24 fornisce un nuovo inquadramento precettivo, incentrato sulle modalità di esecuzione dell'attività sanitaria e di accertamento della colpa e, correlativamente, ricomprende puntuali indicazioni allo *iudex* in merito all'esercizio del giudizio di responsabilità.

In altri termini, l'art. 590-*sexies* c.p. è applicabile unicamente allorché sia stata elevata o possa essere elevata imputazione di colpa per imperizia.

**Avv. Gaetano Riccio – Avv. Eliana Libroia**  
**Foro di Nocera Inferiore**

---

<sup>1</sup> Tale Legge è stata pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 17 marzo 2017, n. 64.

<sup>2</sup> F. GELLI, Prefazione, in M. LOVO - L. NOCCO (a cura di), *La nuova responsabilità sanitaria. Le novità introdotte dalla Legge Gelli*, Milano, 2017, p. 5 ss.

<sup>3</sup> Nella norma *de qua* si sancisce che: "Le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse elaborati dai soggetti di cui al comma 1 sono integrati nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG), il quale è disciplinato nei compiti e nelle funzioni con decreto del Ministro della salute, da emanare, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con la procedura di cui all'articolo 1, comma 28, secondo periodo, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. L'Istituto superiore di sanità pubblica nel proprio sito internet le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse indicati dal SNLG, previa verifica della conformità della metodologia adottata a standard definiti e resi pubblici dallo stesso Istituto, nonché della rilevanza delle evidenze scientifiche dichiarate a supporto delle raccomandazioni".

<sup>4</sup> Il D.L. 13 settembre 2012, n. 158, recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute", è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 13 settembre 2012, n. 214.